

Saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoito

Kyselytutkimus sairaanhoitajille keskisuomalaisen
terveyskeskuksen vuodeosastolla

Kerttu Helle
Leila Höylä

Opinnäytetyö
Tammikuu 2015

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES



Tekijä(t) Helle, Kerttu Höylä, Leila	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 12.1.2015
	Sivumäärä 51	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty: X
Työn nimi Saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoito Kyselytutkimus sairaanhoitajille keskisuomalaisen terveyskeskuksen vuodeosastolla		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Ratinen, Pirkko; Suonpää-Lehtonen, Leena		
Toimeksiantaja(t)		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoito on viime aikoina pinnalla ollut aihe niin eri medioissa kuin terveydenhuollon työkentälläkin. Tässä työssä käsitellään saattohoidossa olevan syöpäpotilaan fyysistä ja psyykkistä kipua, kivun arviointia sairaanhoitajan toteutamana sekä lääkkeellistä että lääkkeetöntä kivunhoitoa. Kipua määriteltäessä sivutaan lyhyesti myös esimerkiksi sosiaalista sekä hengellistä kipua.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoitoa sairaanhoitajille suunnatulla kyselyllä. Tavoitteena on kehittää saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoitoa vuodeosastolla. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksen avulla keskisuomalaisen terveyskeskuksen vuodeosastolla. Kohderyhmänä oli vuodeosaston sairaanhoitajat. Verkkokyselyyn vastasi 11 sairaanhoitajaa. Kyselyssä oli kaksi avointa kysymystä: ”Kuvaile, mitä keinoja käytät saattovaiheessa olevan syöpäpotilaan kivun arvioinnissa” ja ”kuvaile, millä keinoin hoidat saattovaiheessa olevan syöpäpotilaan kipua”.</p> <p>Tulosten mukaan terveyskeskuksen vuodeosaston sairaanhoitaja arvioi saattovaiheessa olevan syöpäpotilaan kipua erilaisin kipumittarein, potilaalta tai omaisilta kysymällä sekä potilasta tarkkailemalla. Saattohoitovaiheessa olevan syöpäpotilaan kipua vuodeosaston sairaanhoitaja hoitaa lääkärin määrämällä pitkävaikutteisilla ja tarvittaessa annettavilla lyhytvaikutteisilla kipulääkkeillä esimerkiksi kipupumppua käyttäen. Potilaan kipua hoidetaan myös asentohoidolla, kylmä- ja lämpöhoidolla sekä henkisen tuen avulla.</p>		
Avainsanat (asiasanat) Saattohoito, kivunhoito, kivun arviointi, syöpätaudit, Keski-Suomi, kyselytutkimus		
Muut tiedot		



Author(s) Helle, Kerttu Höylä, Leila	Type of publication Bachelor's/Master's thesis	Date 12.1.2015
		Language of publication: Finnish
	Number of pages 51	Permission for web publica- tion: X
Title of publication Pain Relief of Cancer Patients within Palliative Care: A Survey Study for Ward Nurses in a Health Care Center in Central Finland		
Degree programme Degree Programme in Nursing		
Tutor(s) Ratinen, Pirkko; Suonpää-Lehtonen, Leena		
Assigned by		
<p>Abstract</p> <p>The pain relief of cancer patients in terminal care has recently been a current topic in different media as well as in the field of health care. The thesis concentrates on the physical and mental pain that cancer patients experience in terminal care, as well as on the nurses' methods of measuring the levels of pain. In addition, both pharmacological and non-pharmacological pain relief methods are addressed. While discussing the definition of pain, this thesis also touches briefly on the topic of social and spiritual pain.</p> <p>The purpose of the thesis was to explore the state of current pain relief practices that patients in terminal care are subject to. This was done with a survey directed at the nurses working on the long-stay ward of a health centre located in Central Finland. The main goal was to improve the methods of pain relief in the ward in question. The online form received eleven responses. It contained two open-ended questions: "Describe your means of estimating the pain of a cancer patient in terminal care" and "Describe the methods you use for the pain relief of a cancer patient in terminal care".</p> <p>The results showed that the respondents used a variety of methods in evaluating a patient's pain: by using assessment scales, questions directed at the patient or their relatives and by monitoring the patient. The responses also indicated that the nurses used both long-acting and short-acting medication prescribed by the patient's doctor. Of the non-pharmacological pain management techniques, postural care emerged as the most prevalent form. Other methods included heat and cold treatment and moral support.</p>		
Keywords/tags (subjects) Palliative care, pain treatment, pain assessment, cancer, Central Finland, survey study		
Miscellaneous		

Sisältö

1 Johdanto	3
2 Saattohoito	4
3 Syöpä sairautena.....	7
4 Saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kipu.....	8
4.1 Fyysinen kipu	8
4.2 Psyykinen kipu	10
5 Saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivun arviointi.....	12
5.1 Fyysisen kivun arviointi	12
5.2. Psyykkisen kivun arviointi.....	15
6 Saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoito	16
6.1 Fyysisen kivun lääkehoito	17
6.2 Psyykkisen kivun lääkehoito	19
6.3 Lääkkeetön kivunhoito	20
7 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	23
8 Tutkimuksen toteutus	24
8.1 Aineiston keruu	24
8.2 Aineiston analysointi	27
9 Tulokset.....	28
9.1 Kivun arviointi	28
9.2 Kivunhoito	30
10 Pohdinta	31
10.1 Opinnäytetyöprosessi	31
10.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus.....	33
10.3 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua ja johtopäätöksiä.....	36
10.4 Jatkotutkimusaiheet	40
Lähteet	41

Liitteet	47
Liite 1. Saatekirje	47
Liite 2. Kyselylomake	48

Kuviot

Kuvio 1. Kipujana, kipukiila ja ilmeasteikko.	15
Kuvio 2. Porrastettu kivunhoidon malli.	18

Taulukot

Taulukko 1. Kivun arviointia.....	14
Taulukko 2. Tulokset: Kivun arviointi.	29
Taulukko 3. Tulokset: Kivunhoito	30

1 Johdanto

Saattohoitoon liittyvät kysymykset ja erityisesti saattohoitopotilaan kivunhoito ovat olleet paljon esillä 2010-luvulla, muun muassa eutanasiakeskusteluun, Sosiaali- ja terveysministeriön suosituksiin liittyen ja vuoden 2014 Yhteisvastuukeräyksen saattohoito-teeman tiimoilta. Kivunhoidon riittämättömyydestä on käyty yleistä keskustelua esimerkiksi eri asiantuntijoiden, poliitikkojen ja kansalaisten välillä. Ajankohtaisen tutkimustiedonkin mukaan kivunhoito ei ole aina riittävää ja sitä on kehitettävä (Erjanti, Anttonen, Grönlund & Kiuru 2014, 5, 48).

Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet -raportin (2014) mukaan nykyisellään saattohoito vaatii kehittämistä kaikilla osalueilla kivunhoito mukaan lukien. Henkilöstön koulutus ja perehdytys aiheeseen vaatii kehittämistä sekä julkisella että yksityisellä sektorilla, ja koulutus-tarve on jatkuvaa. Tutkimuksessa haastatelluista terveys- ja sosiaalialan toimijoista yli puolet arvioi saattohoitopotilaan kivunhoidon nykyisellään hyväksi; kuitenkin vajaa kolmannes piti kivunhoitoa puutteellisena. Tulokset saattavat heijastaa Suomessa vallitsevaa yleistä tilannetta, jossa on tyypillistä kipulääkkeiden riittämätön antaminen saattohoitopotilaille muihin Euroopan maihin verrattuna. (Erjanti ym. 2014, 5, 48.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoitoa sairaanhoitajille suunnatulla kyselyllä. Työssä käsitellään saattohoidossa olevan syöpäpotilaan fyysistä ja psyykkistä kipua, kivun arviointia sekä lääkkeellistä että lääkkeetöntä kivunhoitoa. Kipua määriteltäessä sivutaan lyhyesti myös esimerkiksi sosiaalista sekä hengellistä kipua. Tutkimus toteutettiin kyselytutkimuksen avulla keskisuomalaisen terveyskeskuksen vuodeosastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää saattohoidossa

olevan syöpäpotilaan kivunhoitoa vuodeosastolla. Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat ”Kuinka terveyskeskuksen vuodeosaston sairaanhoitaja arvioi saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kipua?” ja ”Miten terveyskeskuksen vuodeosaston sairaanhoitaja hoitaa saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kipua?”

2 Saattohoito

Saattohoitoa eli kuolevan potilaan hoitoa annetaan, kun potilaan elinajan arvioidaan olevan muutamista viikoista kuukausiin. Saattohoitoon siirryttäessä parantavasta hoidosta on luovuttu ja sairauden etenemiseen ei pystytä enää vaikuttamaan. (Saattohoito n.d.; ETENE 2003, 5.) Kuolevista syöpäpotilaista arviolta kaksi kolmasosaa tarvitsee elämänsä viimeisten kuukausien aikana erikoistunutta oireenmukaista kotihoitoa ja joka kolmas saattohoitoa viimeisten elinviikkojensa ajan (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012).

Valviran (n.d.) mukaan noin 15 000 suomalaista tarvitsee vuosittain saattohoitoa ja noin puolet heistä hoidetaan kotona ja muut sairaaloissa ja hoitokodeissa. Vaikka saattohoitoa annetaan useimmiten perusterveydenhuollossa tai potilaan kotona, on erikoissairaanhoidossa oltava myös valmius antaa saattohoitoa, koska potilaan siirtäminen erikoissairaanhoidon yksiköstä perusterveydenhuoltoon saattaa joskus aiheuttaa enemmän haittaa kuin hyötyä. (Saattohoito n.d., ETENE 2003, 11.)

On todennäköistä, että saattohoito keskittyy tulevaisuudessa enemmän *terveyskeskusten vuodeosastoihin* kuin hoitokoteihin ja erikoissairaanhoitoon. Terveyskeskusten etuja ovat muun muassa sijainti, joka on usein lähellä kotia (vrt. yliopisto- ja keskussairaalat), ja pienehkö koko, joka lisää turvallisuuden tunnetta. Vuodeosaston ja kotisairaanhoidon yhteistyö voi mahdollistaa potilaan

hoitamisen välillä myös kotona. Haittoja vuodeosastohoidossa ovat esimerkiksi suuret potilashuoneet, joissa levottomat ja häiriötä aiheuttavat potilaat voivat vaikuttavaa viihtyvyyteen ja mielialaan. Saattohoitopotilas tulisi sijoittaa ensisijaisesti yhden hengen huoneeseen, jossa on myös omaiselle yöpymismahdollisuus. (Hinkka 2004, 323–325.)

Itsemääräämisoikeus, potilaan ihmisarvon loukkaamattomuus, oikeudenmukaisuus, yksityisyys ja inhimillinen hoito ovat saattohoidon *eettisiä lähtökohtia*. Itsemääräämisoikeutta tuetaan muun muassa tekemällä hoitolinjaukset ja saattohoitopäätös potilaan kanssa yhteistyössä. Sairauden ja lähestyvän kuoleman aiheuttamien oireiden sekä kivun ja kärsimyksen lievittäminen on keskeistä saattohoidossa. Sen tavoitteena on hoitaa potilasta niin, että hänen elämänlaatunsa olisi mahdollisimman hyvää: huolehditaan riittävästä kivunlievityksestä ja hyvästä perushoidosta huomioiden psyykkiset, sosiaaliset, hengelliset, kulttuuriset sekä eksistentiaaliset tarpeet. Saattohoito perustuu potilaan yksilöllisten tarpeiden ja toiveiden noudattamiseen, hoidon hyvän laadun takaamiseen sekä Käypä hoito -suositusten noudattamiseen. Vaikka jokaisen potilaan saattohoito on yksilöllistä, hoidetaan kaikkia potilaita yhdenvertaisesti ja oikeudenmukaisesti sukupuolesta, iästä, sairaudesta, uskonnosta, vammaisuudesta tai muista potilaaseen liittyvistä seikoista huolimatta. (Pihlainen, A. 2010, 17, 30–31; Saattohoito n.d.; Kunnamo ym. 2004.)

Potilaan ja hänen läheistensä tukeminen on osa saattohoitoa – heille on annettava riittävästi tietoa potilaan voinnista sekä sen muutoksista, hoidosta ja sen tavoitteista. Läheisten tukeminen myös potilaan kuoleman jälkeen on tärkeää. Lapsille kerrotaan tilanteesta iän ja kehitysasteen mukaisesti. (Saattohoito n.d., Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Saattohoito on viimeinen vaihe palliatiivisessa hoidossa (ETENE 2012, 4). *Palliatiivinen hoito* eli oireita lievittävä hoito tarkoittaa potilaan kokonaisvaltaista

hoitoa siinä vaiheessa kun parantavasta hoidosta on luovuttu. Palliatiivinen hoito voi kestää vuosia, eikä siis ole sidoksissa kuoleman välittömään läheisyyteen kuten saattohoito. Palliatiivisen hoidon tavoitteena on turvata vakavasti sairaan ja/tai kuolevan potilaan ja hänen läheistensä mahdollisimman hyvä elämänlaatu ottaen samalla huomioon, että kuolema on elämään kuuluva tapahtuma. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.) Kuolevan potilaan hoitoa kutsuttiin 1980-luvulla *terminaalihoidoksi*. Sen tavoitteet olivat samat kuin palliatiivisessa hoidossa ja saattohoidossa: oireenmukainen perushoito, ihmisarvoa kunnioittava huolenpito sekä läheisten tukeminen. (Vainio, Hieta-nen, Pitkälä & Moilanen 2004, 19.)

Lääkärillä on päävastuu hoitoratkaisujen teosta, mutta *saattohoitopäätös* tehdään potilaan, hänen läheistensä ja hoitohenkilökunnan kanssa yhteistyössä (Vainio ym. 2004, 18). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) edellyttää, että potilas saa tarvittavan tiedon terveydentilastaan ja hänellä on myös oikeus osallistua päätöksentekoon koskien omaa hoitoaan. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, mutta jollei potilaan tahtoa saada selville, keskustellaan hänen läheistensä kanssa. Jos lääkäri ja potilaan läheiset eivät pääse yhteisymmärrykseen, lääkäri hoitaa potilasta tämän henkilökohtaisen edun mukaisesti. (L 17.8.1992/785, 5-6 §.) On tärkeää, että hoitolinjaukset kirjataan potilaan sairauskertomukseen, ja että hoitolinjaukset ja saattohoitopäätös tehdään ajoissa, jolloin varmistetaan potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen, oireenmukainen hoito sekä potilaan ja läheisten mahdollisuus valmistautua lähestyvään kuolemaan. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

3 Syöpä sairautena

Syöpä on yleisnimitys kaikille pahanlaatuisille kasvaimille. Kasvaimet ovat kudoksen tai solukon epänormaalia kasvua, joka on tarkoituksetonta ja haitallista elimistölle. Ne muodostuvat syöpäsoluista, jotka ovat alkujaan pahanlaatuisiksi muuttuneista soluista. Syöpäkasvaimet tunkeutuvat ympäröivään kudokseen ja ne voivat levitä imu- ja veriteitse muualle elimistöön muodostaen siellä metastaaseja eli etäpesäkkeitä. Syöpäkasvaimelle tyypillistä on kasvun hallitsemattomuus ja metastasoiminen, mutta kaikissa syövässä ei kuitenkaan muodostu varsinaista tiivistä kasvainta, kuten esimerkiksi verisyövässä. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Eskola, Partamies, Sulosaari, Uski-Tallqvist 2012, 131.)

Syöpä on suomalaisten keskuudessa yleinen sairaus: useampi kuin joka neljäs suomalainen sairastuu siihen jossain elämänsä vaiheessa. Syöpä onkin maassamme sydän- ja verisuonisairauksien jälkeen yleisin kuolinsyy. Tällä hetkellä uusia tapauksia Suomessa todetaan vuosittain noin 20 000. Syöville altistavat monet riskitekijät, kuten esimerkiksi tupakointi ja liiallinen alkoholin käyttö, epäterveellinen ravinto, kemikaaleille ja pölylle altistuminen sekä perimä. Varhaisemman havaitsemisen ja kehittyneiden hoitomenetelmien vuoksi syöpäpotilaiden ennuste on kehittynyt jatkuvasti myönteisempään suuntaan, joskin myös hyväennusteisten syöpien osuus on yhä kasvava. (Lyly 2005.)

Euroopassa vuonna 2014 ennustetaan syöpään kuolevan noin 1,3 miljoonaa ihmistä, mikä tarkoittaa sekä miehillä että naisilla muutaman prosentin laskua syöpäkuolleisuudessa viimeisen viiden vuoden aikana. Eri syöpätyypeistä ainoastaan haimasyöpä sekä naisilla keuhkosityöpä yleistyvät jatkuvasti. Naisten ja miesten syöpäkuolleisuusprosentit lähenevät toisiaan naisten tupakoin-

nin ja keuhkosyöpien yleistyessä ja miehillä molempien vähentyessä. (Malvezzi, Berduccio, Levi, La Vecchia, Negri 2014.)

4 Saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kipu

Kansainvälisen kivuntutkimusseuran (Classification of Chronic Pain 2011) mukaan kipu on epämiellyttävä tunne- tai aistikokemus, joka voi liittyä kudosaan tai jota kuvaillaan kudosaan käsittein. Kipu voi olla äkillistä eli akuuttia tai pidempään jatkunutta eli kroonista, ja se on yhtä aikaa sekä fyysinen että psyykkinen ilmiö (Salanterä, Hagelberg, Kauppila & Närhi 2006, 7). Kipua on mikä tahansa kokemus, jonka ihminen itse kivuksi määrittelee: se on yksilöllinen tunne ja aina kokijalleen todellinen tila. (Sailo 2000, 30.) Kipukokemus on sidoksissa yhteisöön ja kulttuuriin, jossa ihminen on kasvanut ja elänyt (Salanterä ym. 2006, 3). Kuolevan syöpäpotilaan kipu on *kokonaiskipua*, johon kuuluu fyysisen, sairauden aiheuttaman kivun lisäksi pelkoa, ahdistusta, hengellistä huolta ja elämästä luopumisen epätoivoa (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Saattohoidossa olevan potilaan fyysinen ja psyykkinen kipu ovatkin lähes poikkeuksetta sidoksissa toisiinsa: fyysinen kipu lisää psyykkistä kipua, esimerkiksi masennusta ja ahdistusta, ja psyykkinen kipu laskee kipukynnystä saaden fyysisen kivun tuntumaan pahemmalla. (Hänninen 2003, 206–207).

4.1 Fyysinen kipu

Fyysinen kipu aiheutuu jonkin ulkoisen tai elimistön sisäisen tekijän vuoksi seuranneesta kudosaan. Vaurio aktivoi kipua välittävät aineet, joihin elimistön kipureseptorit reagoivat. Vastatessaan kipuärsykkeeseen ne muuttavat kudosaan aiheuttaman energian hermoimpulssiksi, joka taas siirtyy kipukeskuksiin selkäyttimeen ja aivoihin aiheuttaen näin kivun tuntemuksen.

(Sailo 2000, 31.) *Syöpäpotilaan fyysinen kipu* voi olla peräisin syövästä itsestään (arviolta 75 % syöpäkivusta), syövän hoidoista, syövän hoito- ja tutkimustoinenpiteistä tai komplikaatioista (15 %), tai näistä kaikista. Kipu voi olla myös jostakin muusta kuin syöpäsairaudesta johtuvaa (10 %). (Paija 2004; Salanterä ym. 2006, 183.) Eri lähteiden mukaan loppuvaiheen syöpäpotilailla kipua esiintyy 35–96 prosenttiin (Solano, Gomes & Higginson 2005; Vainio & Kalso 2009, 478). Suurin osa potilaista myös kärsii useammasta kuin yhdestä kiputilasta samaan aikaan (Kalso 2013; Hänninen 2003, 78).

Syöpäkasvaimesta aiheutuva kipu voidaan jakaa kolmeen eri luokkaan. Somaattinen eli *nosiseptiivinen kipu* aiheutuu kasvaimen välittömästä vaikutuksesta, kuten puristuksesta, kudoksensisäisestä paineesta tai luun syöpymisestä (Paija 2004). Syöpäpotilailla nosiseptiivinen kipu aiheutuu yleensä itse kasvaimen kasvusta ja sen aiheuttamasta kudosaauriosta (Vainio & Kalso 2009, 481). Sisäelinten kipu eli *viskeraalinen kipu* johtuu kasvaimen aiheuttamasta sisäelinten kapselin kivuliaasta venyttymisestä. Hermoperäistä eli *neuropaatista kipua* aiheutuu, kun kasvain puristaa hermoa tai tunkeutuu sen sisälle. (Paija 2004.)

Akuutti kipu on yllätyksellistä, lyhytkestoista ja johtuu usein jostakin elimellisestä vauriosta kuten traumasta tai tulehduksesta, toimien elimistön varoitusmerkkinä. Akuutti kipu ei jätä jälkiä keskushermostoon, ja se yleensä helpottaa vaurion paranemisen myötä. (Sailo 2000, 34; Vainio 2004, 17.) Akuutin kivun syy yleensä tiedetään, ja kivun oletetaan lievittyvän tietyn ajan kuluessa asianmukaisella hoidolla (Kalso, Elomaa, Estlander & Granström 2009, 106).

Läpilyöntikipu on akuuttia kipua, joka on yleistä syöpäpotilailla. Läpilyöntikivuilla tarkoitetaan voimakkuudeltaan peruskivun ylittäviä kipuhuippuja, ja ne voivat liittyä esimerkiksi liikkumiseen tai yskimiseen. Joskus niitä esiintyy myös ilman tiedettyä syytä. (Salanterä ym. 2006, 183.) Saattohoidossa olevista potilaista läpilyöntikivuista kärsii kaksi kolmasosaa; läpilyöntikipuja on kes-

kimäärin kolme vuorokaudessa, ja niiden voimakkuus VAS-asteikolla on keskimäärin 7. Läpilyöntikivusta tulee erottaa *liikekipu*, joka seuraa potilaan liikkumisesta tai liikuttelusta. Syöpäpotilaiden liikekipu on usein peräisin luustometastaasien aiheuttamasta patologisesta murtumasta. (Hänninen 2003, 85.)

Kipu luokitellaan *krooniseksi kivuksi*, kun se on kestänyt yli kolme kuukautta tai yli sen normaalin ajan, jossa kudoksen tulisi parantua (Kalso, Elomaa, Estlander, Granström 2009, 106). Kroonisessa kivussa nosiseptiivinen eli kudosaauriokipu viestittää jostain syystä kudosten hapenpuutetta jatkuvasti, tai kroonisessa hermovauriokivussa vaurioitunut hermo lähettää jatkuvaa impulssia kivusta. Syöpäpotilaan krooninen kipu johtuu siis kasvaimen jatkuvasta olemassaolosta tai kasvusta elimistössä. Kroonisesta kivusta kärsiminen vaikuttaa potilaan elämänlaatuun varsin negatiivisesti. (Sailo 2000, 34–35.)

4.2 Psyykkinen kipu

Henkinen eli *psyykkinen kipu* on sisimmästä kumpuavaa ja kaikkea sellaista, mikä ihmistä esimerkiksi pelottaa, ahdistaa, huolestuttaa ja surettaa. Kuolevalle syöpäpotilaalle psyykkistä kipua voi tuottaa se, että menettää hallinnan omaan elämäänsä ja kehoonsa sairauden myötä tullen riippuvaiseksi muista ihmisistä. (Sailo 2010, 37.) Kuolemaan liittyvä luopuminen, elämän päättyminen sekä tulevaa kuolemaa koskevat erilaiset pelot saattavat olla saattohoitopotilaalle vielä suurempi kärsimyksen aiheuttaja kuin fyysiset oireet. Saattohoitopotilaan yleisimpiä psyykkisiä oireita ovat masennus ja ahdistuneisuus, erilaiset pelkotilat, unettomuus sekä sekavuus. (Hänninen 2003, 206.) WHO:n mukaan ahdistuneisuus, pelko, masennus sekä toivottomuus ovat syöpäkivun psyykkisiä ilmenemismuotoja (Cancer Pain Relief 1996, 3).

Ahdistus on pelon tunne, joka johtuu sisältä tai ulkoa uhkaavan vaaran ennakoinnista, ja joka ilmenee muun muassa levottomuutena, pelokkuutena, va-

pinana ja unihäiriönä. Se voi aiheuttaa myös muita oireita, kuten sydämentykytystä ja pahoinvointia. (Lääketieteen termit n.d.) Saattohoitopotilaalle ahdistusta voivat aiheuttaa monet tekijät, kuten kipu, yleinen heikkous, hengenahdistus sekä pahoinvointi. Potilaan elämäntilanteesta johtuvia tekijöitä ovat muun muassa pelot lähestyvää kuolemaa kohtaan, ajatukset menneestä sekä tulevasta, huoli perheenjäsenistä, potilaalle annettu puutteellinen informaatio sekä itsenäisyyden menettäminen sairauden myötä. (Symptom Relief in Terminal Illness 1998, 15.)

Masennus voidaan määritellä kahdella eri tavalla: tilapäisenä normaaliin tunne-elämään kuuluvana alakuloisena mielialana tai pitkäaikaisena alakuloisuutena, johon kuuluu myös mielihyvän menetys, aloitekyvyn puute, uupumus ja unihäiriöt (Lääketieteen termit, n.d.). Saattohoitopotilaan masennus on monisyistä. Sairaudesta seuranneista fyysisistä oireista esimerkiksi kipu ja yleinen epämukavuus voivat aiheuttaa masennusta. Potilaan elämäntilanteesta johtuvat tekijät ovat paljolti samoja kuin ahdistuneisuudenkin kohdalla, kuten erilaiset pelot ja huolet sairauteen ja kuolemaan liittyen sekä itsenäisyyden menetys. Lisäksi masennusta aiheuttava tekijä voi olla kyvyttömyys ilmaista tunteitaan sairauteen liittyen, mikä voi johtua esimerkiksi luottamuksellisen keskustelusuhteen puuttumisesta, puutteellisesta informaatiosta tai sairauden aiheuttamasta sosiaalisesta eristäytyneisyydestä. (Symptom Relief in Terminal Illness 1998, 48.) Vakavan masennuksen esiintyvyys syöpäpotilailla vaihtelee 4,5–58 % välillä, ja mitä pidemmälle syöpä on edennyt, sitä yleisempää masennus on (Hänninen 2003, 206).

Sosiaalinen kipu on sairauden myötä yhteisön ulkopuolelle jäämisen tunnetta. *Hengellinen* tai *olemassaolon kipu* liittyy vahvasti jumalasuhteeseen ja kuolemanpelkoon, jotka myös saattavat tulla ajankohtaisiksi sairauden myötä. (Sailo 2010, 37.) Kun ihminen joutuu kohtaamaan oman kuolemansa, voi se aiheuttaa *eksistentiaalista kärsimystä*, johon liittyvät merkityksettömyyden ja arvot-

tomuuden tunne, kokemus toisista riippuvaisena taakkana, kuolemanpelko ja siihen liittyvä hätäntyminen, eristäytyneisyys sekä toive kuoleman jouduttamisesta (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Vaikka oireiden lievitys onkin potilaille tärkeää, kuoleman lähestyessä monet muut seikat liittyen läheisiin ihmisiin, elämän päättymiseen, kuoleman jälkeiseen tilaan tai muihin olemassaoloon liittyviin kysymyksiin ovat vielä tärkeämpiä (Hänninen 2008).

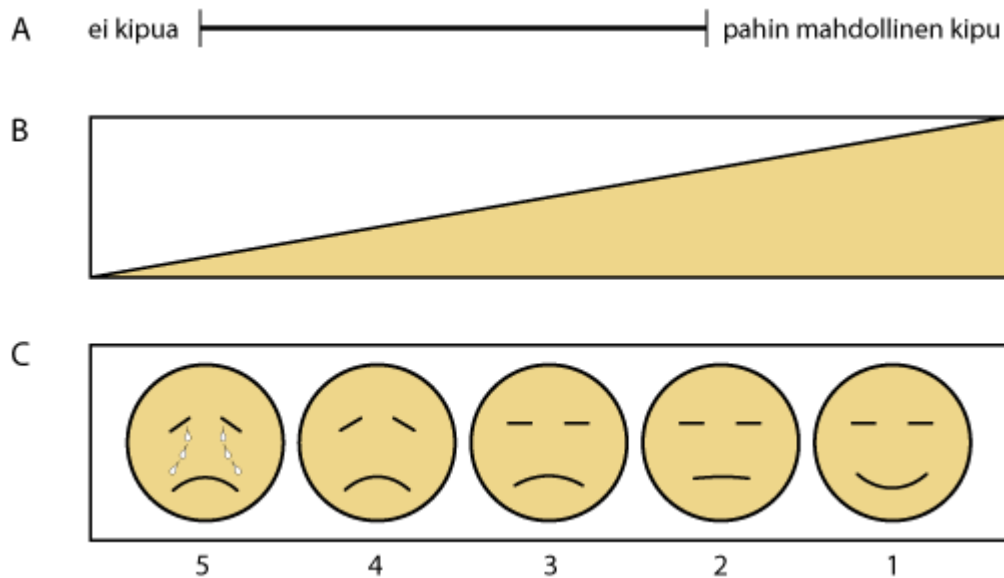
5 Saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivun arviointi

Hyvän kivunhoidon perustaan kuuluvat kivun säännöllinen arviointi sekä kirjaaminen (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Kivun kirjaamisen avulla potilaan kipukokemus välittyy henkilökunnalle. Kivun voimakkuuden määrittely on tärkeää toteuttaa säännöllisesti kivunhoidon suunnittelun ja seurannan onnistumiseksi. Tuloksia voidaan käyttää myös kivunhoidon kehittämiseen liittyvissä tutkimuksissa. Hoitajan tulee olla perehtynyt erilaisiin kivun arviointimenetelmiin sekä hallita niiden suunnitelmallinen ja säännöllinen käyttö. Eri potilaiden kipukokemuksia ei tule koskaan vertailla toisiinsa. (Sailo 2000, 97, 99, 102.)

5.1 Fyysisen kivun arviointi

Fyysisen kivun voimakkuutta voidaan arvioida sanallisesti tai käyttämällä erilaisia kivun arviointiin kehitettyjä mittareita, niin sanottuja kipumittareita. Hoitotyössä yleisimmin käytetyt fyysisen kivun mittarit ovat kipujana tai kipukiila, ja numeerinen sekä sanallinen kipumittari. Kipumittari valitaan yhteistyössä potilaan kanssa ja ennen käyttöä on varmistettava, että potilas ymmärtää, kuinka mittaria käytetään. (Salanterä ym. 2006, 83.)

Numeerista kipumittaria eli *Numeric Rating Scalea* (NRS) käytettäessä potilaalta kysytään, mikä luvuista 0-10 vastaa hänen kipuaan - nolla kuvaa kivuttomuutta ja 10 pahinta mahdollista kipua (Hoikka 2013b). *Visual Analogue Scale* eli VAS-mittareissa (kipujana ja -kiila) on numeroiden sijasta jana, jonka toinen pää kuvaa kivuttomuutta ja toinen pahinta mahdollista kipua. Janaa pidetään melko luotettavana mittarina, mutta osa potilaista kokee, että kivun arvioiminen ilman selkeää asteikkoa on vaikeaa. (Salanterä ym. 2006, 84–85.) Ilmeasteikossa taas potilas valitsee kasvot, jotka parhaiten kuvaavat hänen kokemaansa kipua (Vainio 2009) (ks. kuvio 1.). Sanallista kipumittaria eli *Verbal Rating Scalea* käytettäessä potilaalta kysytään, mikä kuvaus välillä ”ei kipua” ja ”sietämättömän voimakas kipu” vastaa hänen kipuaan parhaiten (Hoikka 2013b).



Kuvio 1. Kipujana, kipukiila ja ilmeasteikko. (Vainio 2009.)

Kivun voimakkuuden lisäksi selvitetään muun muassa kivun laatu, kesto, ilmeneminen, sijainti ja haittaavuus (ks. taulukko 1). Kivun haittaavuutta tutkittaessa selvitetään, miten kipu vaikuttaa esimerkiksi potilaan aktiivisuuteen,

mielialaan, liikkumiseen, nukkumiseen ja toimintakykyyn. Kipua arvioitaessa seurataan myös potilaan lääkehoitoa; peruslääkkeen teho voidaan selvittää kivun voimakkuutta ja läpilyöntikipuun tarvittavien lyhytvaikutteisten opioidien kulutusta seuraamalla. (Hänninen 2003, 82–83; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Taulukko 1. Kivun arviointia. (Salanterä ym. 2006, 83–84, 87–89, muokattu; Iivanainen & Syväoja 2008, 471, muokattu; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012, muokattu)

KIVUN LAATU	<p>– Minkälaista kipu on? Esimerkkejä laatusanoista, joilla kipua voidaan kuvata:</p> <ul style="list-style-type: none"> · jomottava · terävä · tylppä · polttava · epämääräinen
KIVUN KESTO ja ILMENEMINEN	<p>– Kuinka pitkään kipu on jatkunut? – Onko samanlaista kipua ollut aiemmin? – Milloin kipua esiintyy? (esimerkiksi liikkuesssa, paikallaan ollessa, ruokaillessa)</p>
KIVUN SIJAINTI	<p>– Missä kipua on? – Apuvälineenä voi käyttää kehon kuvaa, josta potilas osoittaa kivuliaat kohdat – Potilas voi myös suojata kädellään kipeää kohtaa tai vältellä sen liikuttamista</p>
KIVUN HAITTAAVUUS	<p>– Miten kipu vaikuttaa esimerkiksi toimintakykyyn, liikkumiseen, nukkumiseen ja mielialaan?</p>
MUUTA	<p>– Läpilyöntikipun esiintyminen – Mikä kipua pahentaa, mikä helpottaa?</p>

Potilaan fyysistä kipua voidaan arvioida tarkastelemalla käyttäytymistekijöitä ja ilmeitä. Varsinkin muistisairaiden, kehitysvammaisten ja sedatoitujen tai muiden kommunikoimaan kykenemättömien potilaiden kivun arvioimisessa on tärkeää huomioida ilmeet, eleet ja käyttäytymisen muutokset. Potilas voi olla pelokas, surullinen, jännittynyt tai ahdistunut. Esimerkiksi itku, vaikearointi, liikkumattomuus tai vastaavasti rauhaton ja hermostunut liikehdintä voivat olla merkkejä fyysisestä kivusta. Myös kasvojen irvistys ja kulmien kurtistus tai kohotus saattavat viestiä kivusta. (Salanterä ym. 2006, 76–77, 89; Hoikka 2013b.)

5.2. Psyykkisen kivun arviointi

Potilaan itsensä, omaisten sekä hoitoryhmän jäsenten yhteinen tietoisuus lähestyvistä kuolemasta on saattohoitopotilaan psyykkisen tilan arvioinnin lähtökohta. Tieto lähestyvistä kuolemasta voi aiheuttaa potilaalle surua, pelkoa, ahdistusta sekä muunlaista psyykkistä kipua. Kuolevan potilaan surua voi kuitenkin olla vaikea erottaa masennuksesta. (Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012). Niiden erottamiseksi voidaan käyttää VAS-asteikkoa, jonka janan päät ovat ”huonoin mahdollinen mieliala” sekä ”paras mahdollinen mieliala”. Jana on 100 millimetriä pitkä, jossa 55 mm:n raja seuloa karkeasti esiin masentuneet. Arviointikeinona voi myös käyttää haastattelua, esimerkiksi yhtä tai kahta avointa kysymystä, joilla haetaan vastausta siihen, tuntee potilas itsensä masentuneeksi ja onko potilas menettänyt mielenkiintonsa asioihin. (Chochinov, Wilson, Enns & Lander 1997.)

Potilaan masennuksesta voivat myös viestiä itkuisuus, kielteinen asenne sekä sosiaalisista kontakteista vetäytyminen. Halu kuolla ei kuitenkaan välttämättä liity masennukseen, vaan potilas saattaa toivoa poispääsyä vaikeasta tilanteesta. Saattohoitopotilaan masennusta arvioitaessa on huomioitava psyykkiset oireet, koska somaattisesti terveen masennuksen fyysiset oireet (ruokahalun

muutokset, unihäiriöt, laihtuminen, väsymys ym.) liittyvät yleensä saattohoitopotilaalla perussairauteen ja yleistilan heikkenemiseen. (Hänninen 2003, 208–209.)

Ahdistuneisuutta arvioitaessa perustana voidaan käyttää potilaan omaa kertomaa (Hänninen 2003, 213). Myös ilmeet ja eleet voivat kertoa potilaan ahdistuksesta - tuskainen ilme kasvoilla voi kertoa fyysisen kivun lisäksi myös luopumisen tuskasta (Iivanainen & Syväoja 2008, 541). Myös esimerkiksi ärtyneisyys, hikoilu, vapina ja unettomuus voivat olla merkkejä ahdistuksesta, mutta joissain tapauksissa potilas ei oireile millään tavalla (Symptom Relief in Terminal Illness 1998, 14–15).

6 Saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoito

Kuolevan syöpäpotilaan kivunhoidon tavoitteena on potilaan kivun lievittyminen sekä toimintakyvyn ja hyvän elämänlaadun ylläpitäminen (Cancer Pain Relief 1996, 3). Kivunhoidossa tärkeänä tekijänä toimii hyvä ja yksilöllinen hoitosuhde potilaan ja hoitohenkilöstön välillä. Kipua hoidetaan lääkkeellisin ja lääkkeettömin menetelmin. Haasteellisissa ja kroonisissa tapauksissa käytetään moniammatillista yhteistyötä, jossa lääkäri on kivunhoidon työryhmän johtajana aina vastuussa kivun diagnostiikasta ja hoitokokonaisuudesta sekä lääkkeiden ja hoidon määräämisestä. (Haanpää & Salminen 2009.) Iivanaisen ja Syväojan mukaan (2008, 470) kroonisen kivun hoitokeinojen arvioimiseksi voidaan myös konsultoida kipupoliklinikkaa, jossa on erityisasantuntemusta kivun fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin ulottuvuuksiin. Kivun kirjaaminen taas on osa kivunhoidon laadun varmistusta ja kehittymistä (Sailo 2000, 97).

6.1 Fyysisen kivun lääkehoito

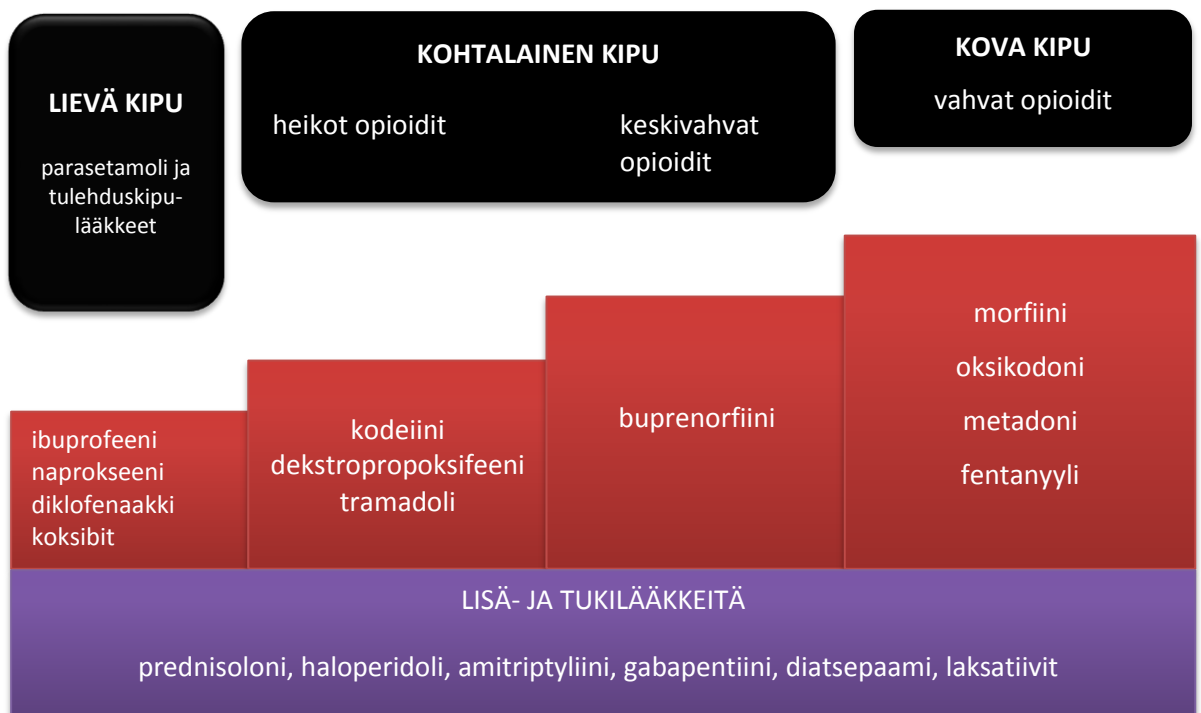
Lääkehoidon tavoitteena on ehkäistä kipua tai poistaa jo syntynyt kipu: kivun ehkäisy on usein helpompaa, kuin jo yltyneen kivun hoitaminen (Iivanainen & Syväoja 2008, 473). Kivun lääkehoidossa sovelletaan WHO:n (World Health Organization) porrastettua kivunhoitomallia, joka koostuu lievään, kohtalaiseen ja kovaan kipuun käytetyistä lääkkeistä sekä tukilääkkeistä (ks. kuvio 2). Lääkehoidossa edetään portaittain lievään kipuun käytetyistä lääkkeistä kohtalaisen kivun ja edelleen kovan kivun lääkehoitoon samalla hyödyntäen adjuvantteja eli tukilääkkeitä. Näiden käyttötarkoituksia ovat kipulääkkeiden haittavaikutusten sekä psyykkisten oireiden hoito ja kipulääkkeen analgeettisen eli kipua lievittävän vaikutuksen voimistaminen. (Cancer Pain Relief 1996, 32.) Lääkehoito on kuitenkin yksilöllistä jokaisen potilaan kohdalla. Tarvittaessa kivunhoito voidaan aloittaa esimerkiksi vahvalla opioidilla. (Kokkinen 2012; Cancer Pain Relief 1996, 15–16; Vainio & Kalso 2009, 490.)

Niin kauan kuin potilas pystyy nielemään, pyritään lääkitys toteuttamaan suun kautta, ja nielemisen vaikeutuessa voidaan siirtyä käyttämään esimerkiksi kipupumppua tai muuta parenteraalista menetelmää (Lindström 2012). Kivun lääkehoidossa tärkeää on säännöllisyys. Kipulääkettä annetaan tietyin väliajoin, niin että edellisen annoksen vaikutus ei ole vielä ehtinyt poistua kokonaan. (Cancer Pain Relief 1996, 14.) Iivanaisen ja Syväojan mukaan (2008, 473) tehokkaan lääkehoidon kulmakivinä ovatkin oikea lääkevalinta ja riittävän suuri kerta-annos riittävän usein toistettuna. Mikäli potilas on rauhaton ja mahdollisesti kivulias, on häntä parempi lääkitä kipulääkkein kuin rauhoittavilla lääkkeillä (Mts. 473).

Kivunhoidon tulee olla tehokasta ja yksinkertaista: siinä tulee käyttää hyväksi erilaisia tekniikoita, ja tavoitteena on mahdollisimman tasainen kivunlievitys. Kipulääkkeiden mahdollisia haittavaikutuksia minimoidaan sopivilla lääke-

vaihdoilla, vaihtamalla antoreittiä tai käyttämällä haittavaikutuksia poistavia tai lieventäviä lääkkeitä. Kipuhuippuja tasataan nopeavaikutteisilla lääkkeillä. (Nieminen & Pöyhiä 2014.) Keskeistä on kipumekanismin tunnistaminen sekä sen huomioiminen lääkehoidossa. Monesti potilailla ja omaisilla saattaa olla ennakkokäsityksiä ja pelkoja kipulääkityksen ja sen sivuvaikutusten suhteen, ja näitä asioita tulee käsitellä potilaiden ja omaisten kanssa niin, että he saavat tarpeeksi asianmukaista informaatiota. (Sailo 2000, 166.)

Läpilyöntikipua hoidetaan lyhytvaikutteisilla opioideilla, joita annostellaan tarvittaessa pitkävaikutteisen peruskipulääkityksen rinnalla. Lisäkipulääkkeen yksi annos on yleensä yksi kuudesosa potilaan käyttämän pitkävaikutteisen opioidin vuorokausiannoksesta, ja se voidaan antaa potilaalle myös enakoivasti, mikäli tiedetään, missä tilanteessa läpilyöntikipu esiintyy. (Salanterä ym. 2006, 184.) Hännisen (2003, 85) mukaan liikekivun hoitoon käytetään pitkävaikutteisia opioideja.



Kuvio 2. Porrastettu kivunhoidon malli. (Friman 2013, muokattu; Vainio 2009, 82, muokattu; Cancer Pain Relief 1996, muokattu.)

6.2 Psyykkisen kivun lääkehoito

Saattohoidossa olevan syöpäpotilaan psyykkisen kivun lääkehoitoa rajoittaa mahdollinen monioireisuus. Potilailla on usein monia eri lääkkeitä, joiden yhteisvaikutukset tulee ottaa huomioon, minkä lisäksi saattohoitopotilaat yleistilan heikkouden vuoksi saavat lääkkeistä herkästi sivuoireita. Monien somaattisten oireiden, kuten esimerkiksi kivun, hoitoon käytetään myös jo valmiiksi tukilääkkeinä sellaisia lääkkeitä, joiden alkuperäinen käyttöaihe on jokin psyykkinen oire tai sairaus. Tällaisia ovat esimerkiksi haloperidoli, loratsepaami sekä amitriptyliini (ks. kuvio 2). On myös tärkeää, että ennen lääkityksen aloittamista psyykkisiin oireisiin, poissuljetaan oireilun taustalta mahdollinen aineenvaihdunnallinen sekavuutta aiheuttava häiriö, kuten hyponatremia, hyperkalsemia tai -kalemia. (Hänninen 2003, 207.)

Saattohoitopotilaiden kohdalla masennuksen lääkehoidon toimivuudesta on näyttöä, joskin lääkitystä käytetään alimitoitettusti. Toisaalta taas masennuslääkkeiden käyttö on hyödytöntä niillä vakavasti masentuneilla saattohoitopotilailla, joilla elinaikaa on kahdesta kolmeen viikkoon, koska lääkkeen vaste ilmenee hitaasti. Potilaan elinajanennusteen ollessa useita viikkoja tai kuukausia, on lääkityksen aloitus mielekästä. Saattohoitopotilaille, joille lääkkeiden väsyttävästä vaikutuksesta ei ole haittaa, sopivat esimerkiksi trisyklisistä masennuslääkkeistä nortriptyliini ja desipramiini. Muista masennuslääkkeistä esimerkiksi tratsodonilla ja mirtatsapiinilla on sedatoiva vaikutus, jolloin ne sopivat erityisen hyvin univaikeuksista kärsiville potilaille. (Hänninen 2003, 209–210.)

Ahdistuneisuuden hoidossa saattohoitopotilaan fyysinen ja kognitiivinen tila sekä ahdistuksen vaikeusaste ohjaavat hoidon valintaa. Lääkehoidolla voidaan helpottaa ahdistuksen aiheuttamaa psyykkistä kipua, mutta tarkoitus ei lähtökohtaisesti ole sedatoida potilasta, joskin saattohoitopotilailla juuri lop-

puvaiheen sietämätön ahdistus on yksi sedatoinnin aiheista. (Hänninen 2003, 213–214.) Ahdistuneisuuden lääkehoidon perustana käytetään keskipitkä- ja pitkävaikutteisia bentsodiatsepiineja. Antipsykootit, kuten haloperidoli, voivat sopia potilaille, joille bentsodiatsepiinit eivät anna tarvittavaa tehoa, tai potilaille, jotka kärsivät samaan aikaan ahdistuneisuudesta, lievästä desorientaatiosta ja pahoinvoinnista (mts. 214; Symptom Relief in Terminal Illness 1998, 17.) Mikäli halutaan saada aikaan sedatoivaa vaikutusta, osa antipsykootteista on käyttökelpoisia. Potilaat, joilla on masennus-ahdistusoireyhtymä, saattavat saada helpotusta masennuslääkkeistä. (Symptom Relief in Terminal Illness 1998, 18.)

6.3 Lääkkeetön kivunhoito

Kivun lääkehoidon lisäksi kipua voidaan lievittää lääkkeettömästi. Lääkkeettömät keinot voivat lievässä fyysisessä kivussa helpottaa yksinäänkin potilaan kipua, mutta paras tulos saadaan käyttämällä lääkehoitoa yhtä aikaa. Kipua voivat lievittää hoitajan läsnäolo, vuorovaikutus toisen ihmisen kanssa ja kosketus esimerkiksi hieronnan muodossa. Turvallisuudentunteen luominen potilaalle on ensisijaisen tärkeää kivun lievittämiseksi. Muita keinoja kivun lievittämiseksi ovat esimerkiksi *musiikin kuuntelu*, *mielikuva-* ja *rentoutusharjoitukset* sekä *hengitysharjoitukset*, sillä niiden avulla voidaan saada potilaan huomio pois kivusta. (Hoikka 2013a; Kalso ym. 2009, 237.)

Huumori on kivunlievitysmenetelmä, joka auttaa niin fyysiseen kuin psyykkiseen kipuun. Huumoria voi käyttää selviytymiskeinona vaikeassa elämäntilanteessa, esimerkiksi ”mustan huumorin” ja itseironian keinoin. Huumori ja samalla vuorovaikutus toisen ihmisen kanssa voivat saada huomion edes hetkeksi pois kivusta ja samalla jännittyneisyys, masentuneisuus sekä ahdistuneisuus voivat helpottua. Nauraessa vapautuu verenkiertoon endorfiineja, jotka lievittävät kipua luonnonmukaisesti. On tutkittu, että paljon huumoria

viljelevät potilaat tarvitsevat vähemmän kipulääkettä kuin muut. (Vartti 2000, 86–87; Vartiovaara 2006.)

Saattohoidossa olevan potilaan suoriutuminen päivittäisistä toiminnoista vähenee kuoleman lähestyessä, jolloin hän tarvitsee enemmän hoitajan apua. *Perushoidosta*, muun muassa puhtaudesta, ulkonäöstä ja vaatteista huolehtiminen viestii potilaalle siitä, että hänestä välitetään. Sen lisäksi potilaasta huolehtiminen tuottaa hänelle mielihyvää ja voi lisätä henkistä eheyttä ja elämänhallinnan tunnetta. (Iivanainen & Syväoja 2008, 541; Heikkinen, Kannel & Latvala 2004, 69–70.)

Fysikaalisia menetelmiä lääkkeettömään kivunhoitoon ovat esimerkiksi kylmä- ja lämpöhoito. Lämpöhoitoa voidaan antaa käyttäen apuna noin 40-asteisia lämpöpakkauksia. Lämpö edistää muun muassa lihasten ja jänteiden rentoutumista ja venyvyyttä ja se lievittää lyhytkestoisesti kipua, eli potilas ei saa siitä pitkäaikaista apua. Hoitoalueella olevat ihorikot ja tulehdukset ovat vasta-aiheita hoidolle. Myös kylmähoito rentouttaa lihaksia. Kylmä hidastaa hermojen johtumisnopeutta, mikä lievittää kipua. Sen lisäksi kylmähoito parantaa nivelten liikkuvuutta ja vähentää spastisen lihaksen jännitystä sekä vähentää turvotusta ja tulehdusreaktiota. Hoitoa ei pidä antaa tunnottomalle tai huonon verenkierron alueelle. Kylmähoito voidaan toteuttaa käyttämällä kylmäpakkauksia, -pyyhkeitä tai kylmägeeliä. (Hoikka 2013a; Pohjolainen 2009, 237–239.)

Asentohoidossa potilas avustetaan hyvään asentoon tyynyjen ja erilaisten tukien avulla. Sen tavoitteena kivunlievityksen lisäksi on lihasjännityksen helpottuminen sekä verenkierron parantaminen, ja se myös ehkäisee makuuhaavoja. Paineenalaiset kudokset vapautuvat ja veri pääsee virtaamaan vapaasti, kun potilaan asentoa vaihdetaan vuorotellen esimerkiksi molemmille kyljille ja selälleen. (Iivanainen & Syväoja 2008, 527; Hoikka 2013a)

*Hieron*ta on yksi käytetyimmistä ja helpoimmin toteutettavissa olevista lääkkeettömistä hoitomuodoista, mutta sen vaikutuksia ei ole pystytty kiistattomasti todistamaan. Tutkimusten mukaan suurin osa potilaista kuitenkin kokee hieronnan auttavan fyysiseen kipuun, masennukseen ja ahdistukseen. Hieronnan kipua lievittävän vaikutuksen lisäksi siihen kuuluu olennaisesti fyysinen kontakti toisen ihmisen eli hoitajan kanssa. Hoitajan empatia potilasta kohtaan ja heidän hoitosuhteensa vaikuttaa merkittävästi siihen, lievittykö potilaan fyysinen ja psyykkinen kipu. Potilasta hieroessaan hoitaja voi esimerkiksi sivellä, taputella ja venyttää kipualuetta. Tutkimusten mukaan jalkahieronta ei lievitä kipua yhtä tehokkaasti kuin kokovartalohieronta tai kevyt sively. (Iivanainen & Syväoja 2008, 475; Falkensteiner, Mantovan, Müller & Them 2011.)

Karvisen (2012) mukaan erityisesti kuolevan potilaan hoitotyöhön kuuluu potilaan henkisten ja hengellisten terveystarpeiden laaja huomiointi. Psyykkiseen ja hengelliseen kipuun auttavat potilaan *kuuntelu*, *hoivaaminen* ja *läsnäolo*. Elettyä elämää voidaan arvostavasti muistella, ja näin auttaa potilasta surutyössä. Potilaan hengellistä vakaumusta tuetaan ja kunnioitetaan, ja hänen toiveidensa mukaan mahdollistetaan esimerkiksi diakonissan, sairaalapastorin tai tukihenkilön tapaaminen tai ehtoollisen järjestäminen. Tulee muistaa, että potilaalla on oikeus suruun, mutta suru tulee kuitenkin osata erottaa varsinaisesta masennuksesta. (Karvinen 2012; Kuolevan potilaan oireiden hoito 2012.)

Potilaan ahdistuneisuuden lääkkeettömässä hoidossa pyritään potilaaseen luomaan luottamuksellinen hoitosuhde, jossa potilas kohdataan empaattisesti ja potilasta arvostaen sekä hänen yksityisyyttään kunnioittaen. Hoitohenkilökunnan ammatillisuus ja positiivinen suhtautuminen työhönsä on tärkeää, sillä potilaan ahdistuneisuus lisääntyy, mikäli hän huomaa, ettei hoitohenki-

löstö tee työtään täydellä sydämellä. (Symptom Relief in Terminal Illness 1998, 16.)

Masennuksesta kärsivää saattohoitopotilasta tulee kannustaa keskusteluun tunteistaan ja auttaa ymmärtämään, että potilaan oloa saadaan helpotettua avoimen keskustelun, fyysisten oireiden kontrolloinnin sekä mahdollisesti lääkkeiden avulla (Symptom Relief in Terminal Illness 1998, 49). Saattohoitopotilaan kohdalla elinajan lyhyys saattaa rajoittaa psykoterapeuttisen lähestymistavan käyttöä, mutta varsinaisen terapian sijaan supportiivinen ja eläytyvä potilaan kuuntelu voivat olla avuksi (Hänninen 2003, 209).

7 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoitoa keskisuomalaisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosastolla sairaanhoitajan näkökulmasta. Tavoitteena on kehittää saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoitoa osastolla.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat seuraavat:

- Millä keinoin terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosaston sairaanhoitaja arvioi saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kipua?
- Millä keinoin terveystieteiden tutkimuskeskuksen vuodeosaston sairaanhoitaja hoitaa saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kipua?

8 Tutkimuksen toteutus

8.1 Aineiston keruu

Tämä opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa pyritään kokonaisvaltaiseen tiedonhankintaan, ja siinä suositaan ihmisiä tiedonkeruun instrumenttina. Tutkimuksessa pyrittiin käyttämään metodeja, joissa tutkittavien oma näkökulma pääsisi esille. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä sopi tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi, sillä tässä työssä pyrittiin saamaan kokonaisvaltainen kuva sairaanhoitajan toteuttamasta kivunhoidosta ja arvioinnista. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tarkoituksenmukaisesti, ei satunnaisotannalla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160). Tämän opinnäytetyön tutkimuksen kohdejoukkona ovat terveyskeskuksen vuodeosaston sairaanhoitajat. Saattohoitoa toteutetaan pääsääntöisesti terveyskeskuksien vuodeosastoilla, kotona sekä vanhainkodeissa ja muissa asumisyksiköissä (ETENE 2012, 29). Sen vuoksi tutkittava kohdejoukko on valittu yhdestä saattohoidon ensisijaisista toteuttajista. Sairaanhoitajia osastolla on yhteensä viisitoista.

Lähestymistapa tähän tutkimukseen on yhdistelmä tapaustutkimusta ja toimintatutkimusta, joita kvalitatiivisessa tutkimuksessa onkin mahdollista yhdessä käyttää. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006d). Tapaustutkimuksessa kuvaillaan esimerkiksi jotakin rajattua kokonaisuutta, jota pyritään selittämään miten- ja miksi -kysymysten avulla. Juuri opinnäytetöissä tapaustutkimukset ovat yleisiä aiheen kummutessa monesti työelämästä, jolloin tutkimukset liittyvät organisaatioon ja sen toimintaan. (Mts. 2006e.) Tässä opinnäytetyössä tapaustutkimuksellinen lähestymistapa ilmenee työelämälähtöisyytenä, pyrkien kuvaamaan organisaation työntekijöiden, tässä tapauksessa osaston hoitajien, toimintaa millä keinoin -kysymysten avulla. Toimintatutki-

muksessa taas sekä tutkitaan että pyritään muuttamaan vallitsevia käytäntöjä sekä etsitään ratkaisuja mahdollisiin ongelmiin (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006f). Toimintatutkimuksellinen lähestymistapa ilmenee tässä opinnäytetyössä haluna tutkia osaston kivunhoidon käytänteitä ja edistää kivunhoitoa osastolla.

Tiedonhaku aloitettiin määrittelemällä hakusanat käyttäen apuna YSA-verkkopalvelua eli Yleistä suomalaista asiasanastoa. Työssä käytettyjä hakusanoja ovat muun muassa saattohoito, kivunhoito, kipu, syöpätaudit, lääkehoito ja lääkkeetön hoito. Hakusanoina käytettiin myös englanninkielisiä termejä kuten terminally ill, cancer pain treatment, pain management ja niin edelleen. Aineistoa haettiin Nelli-portaalin kautta esimerkiksi Terveysportista, JaNetista ja PubMedista. Muita tiedonhakupalveluita, joita työssä käytettiin, olivat esimerkiksi Terveyskirjasto, Google sekä Keski-verkkokirjastot. Tietoa etsittiin myös suoraan muun muassa Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan sivuilta sekä Valviran sivulta.

Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä käytettiin kyselyä, joka toteutettiin kohderyhmälle sähköisesti lähetettävällä kyselylomakkeella. Kyselylomake sisälsi kaksi kappaletta avoimia kysymyksiä, joissa esitettiin kysymys, jonka jälkeen jätettiin tyhjä tila vastausta varten (Hirsjärvi ym. 2007, 193). Kysymykset muotoiltiin siten, että niistä saatu tieto vastaisi aiemmin määritettyihin tutkimuskysymyksiin. Kyselytutkimuksen etuna pidetään sitä, että sen avulla voidaan saada kokoon laaja tutkimusaineisto; tutkimukseen on mahdollista saada paljon henkilöitä, ja kyselyllä voidaan myös tiedustella useita eri asioita. Kyselymenetelmä on sikäli tehokas, että se säästää tutkijan aikaa sekä vaivannäköä. Kyselytutkimukseen useimmiten liitetty heikkous taas on se, että näitä tutkimuksia usein pidetään teoreettisesti vaatimattomina sekä kerättyä aineistoa pinnallisena. Lisäksi kyselytutkimuksessa ei voida olla varmoja esimerkiksi siitä, kuinka pieteetillä vastaajat ovat pyrkineet kyselyyn

vastaamaan. Kyselytutkimuksessa myös vastaamattomuusprosentti saattaa joissain tutkimuksissa nousta suureksi. (Hirsjärvi ym. 2007,188, 190.) Kyselytutkimuksessa havaintoyksikkönä on henkilö, jonka mielipiteitä, asennetta tai käyttäytymistä kyselyllä tutkitaan (Keckman-Koivuniemi 2010).

Kyselylomakkeen laatimisessa käytettiin Webropol-kyselyohjelmistoa, joka on Jyväskylän ammattikorkeakoulun vuonna 2013 käyttöön ottama ohjelmisto. Kyselyssä vastaajat pysyivät anonyymeina, eikä ketään siis pystynyt vastauksista tunnistamaan tai henkilöllisyyttä jäljittämään. Saatua aineistoa säilytettiin Webropol-ohjelmiston kansiossa, joka oli suojattu käyttäjätunnuksin ja salasanoin, ja jonne vain kyselyn laatijalla oli pääsyoikeus. (Webropol-kyselyohjelmisto n.d.). Vastausten käsittelyn jälkeen aineisto hävitettiin.

Kyselyn linkki lähetettiin sähköpostilla osastonhoitajalle, joka välitti kyselyn osaston sairaanhoitajille. Kyselyä pidettiin auki aluksi viikon ajan, mutta vastausten vähäisen määrän vuoksi vastausaikaa jatkettiin vielä kahdella viikolla. Uusintakyselyn jälkeen yksitoista sairaanhoitajaa oli vastannut kyselyyn.

Tutkimuksen luotettavuuden sekä eettisyyden takaamiseksi tätä opinnäytetyötä varten haettiin tutkimuslupa kaupungilta. Tutkimuslupa sisälsi teoriaosuuden sekä yksityiskohtaisen selostuksen tutkimuksen toteuttamisesta, tulosten analyysistä ja luotettavuuden arvioinnista. Tutkimuslupahakemuksen liitteenä oli myös kyselylomake. Lisäksi osastonhoitajan kanssa oli tehty kirjallinen yhteistyösopimus, josta ilmeni myös lupa julkaista tämä opinnäytetyö verkossa Theseus-palvelussa. Tutkimuksen luotettavuutta edisti myös kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuus. Työssä käytetty teoria pohjautuu luotettaviksi ja valideiksi todettuihin tietolähteisiin.

8.2 Aineiston analysointi

Tässä opinnäytetyössä tulosten analysointimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia. Sisällönanalyysimenetelmässä jo valmiiksi tekstimuotoista aineistoa tarkastellaan eritellen, ja siitä yhtäläisyyksiä sekä eroja etsien ja tiivistäen. Sisällönanalyysin avulla pyritään tutkittavasta ilmiöstä muodostamaan tiivistetty kuvaus, mahdollisesti kytkien tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin. Tekstin sisältö kuvaillaan sanallisesti, joskin sanallisesti kuvailtua tekstiä on mahdollista jatkaa tuottamalla siitä myös määrällisiä tuloksia, kuten taulukointa. Tässä opinnäytetyössä laadullinen sisällönanalyysi tehtiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a.)

Induktiivisen sisällönanalyysin menetelmää käytettäessä aineistoa ryhmiteltäessä ei käytetä valmista viitekehystä kuten deduktiivisessa sisällönanalyysissä. Aineistosta sen sijaan ryhmitellään jälkeinpäin ne asiat, jotka saatujen tulosten perusteella näyttävät kuuluvan yhteen (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5, 7). Tutkimusaineisto ikään kuin ensin paloittelaa pieniin osiin, sitten käsitteellistetään ja lopuksi järjestetään uudelleen kokonaisuudeksi. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006a.) Tällä tavoin tämän työn tulokset on analysoitu.

Muodostettaessa aineistosta kategorioita induktiivisesti päättää tutkija omaa tulkintaansa hyväksi käyttäen sen, mitkä asiat voidaan yhdistää samaan kategoriaan (Kyngäs & Vanhanen 1999, 6). Saadusta aineistosta koottiin kaikki mainitut asiat ylös, minkä jälkeen niitä alettiin ryhmitellä pienempiin osiin. Jaottelun jälkeen jokainen ryhmä sai sen sisältämien asioiden perusteella yläotsikon, jolloin isompien kokonaisuuksien (kivun arviointi ja kivun hoito) alle muodostui pienempiä alakokonaisuuksia (ks. taulukot 2 ja 3). Ryhmittely etenkin kivunhoidon kohdalla oli haastavaa sen suhteen, että vastauksissa oli sellaisia asioita, jotka oli mainittu vain kerran, ja jotka olivat tavallaan irrall-

laan muista mainituista asioista. Täten näistä ei ollut mielekästä muodostaa kovin suurta määrää pieniä ryhmiä, vaan selkeyden vuoksi kivunhoito on nyt jaoteltu vain kahteen osioon eli lääkkeelliseen sekä lääkkeettömään kivunhoitoon.

9 Tulokset

Tuloksia tarkastellaan tutkimuskysymysten viitekehyksessä. Tulokset on jaoteltu induktiivisen sisällönanalyysin menetelmin pienempiin osiin tarkasteltaessa kivun arviointia (kysyminen, kipulääkityksen riittävyys ja potilaan kokonaisvaltainen tarkkailu) ja kivunhoitoa (lääkehoito ja lääkkeetön hoito). Tulokset on järjestetty eniten mainitusta vähiten esiin tulleisiin asioihin.

9.1 Kivun arviointi

Kyselylomakkeen ensimmäinen avoin kysymys oli: ”Kuvaile, mitä keinoja käytät saattohoitovaiheessa olevan syöpäpotilaan kivun arvioimisessa.” Kysymyksen muotoilulla pyrittiin saamaan vastaajat kuvailemaan mahdollisimman kattavasti omin sanoin heidän käyttämiään kivun arvioinnin keinoja.

Taulukko 2. Tulokset: Kivun arviointi.

Kuinka terveystieteiden vuodeosaston sairaanhoitaja arvioi saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kipua?	
Kysyminen	Kipulääkityksen riittävyys
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kysytään potilaalta kivusta (n=10) ➤ VAS (n=5) ➤ Kipumittari (ei tarkemmin määritelty, millainen) (n=3) ➤ NRS (n=2) ➤ Omaiset tietolähteenä (n=4) ➤ Oirekysely kaikille uusille osastohoitoon saapuville syöpäpotilaille (n=1) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Tarvitseeko potilas usein tarvittavaa kipulääkettä? (x3/vrk) ➔ Peruskipulääkityksen nosto? (n=1)
Potilaan kokonaisvaltainen tarkkailu	
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Kasvonilmeet, eleet, ääntely (n=11) ➤ Levottomuus, tuskaisuus, sekavuus (n=4) ➤ Hengitys (n=3), syke (n=4), verenpaine (n=2) ➤ Hikoilu (n=5) ➤ Ihon kunto (n=1) ➤ Valveillaolo (n=1) ➤ Reagointi kosketukseen tai asennonvaihtoon (n=1) 	

Taulukosta 2 ilmenee, että tulosten perusteella kivun arvioinnissa jokainen vastannut hoitaja kertoi kysyvänsä potilaalta kivusta suoraan, mikäli potilaan tila mahdollistaa tämän. Lisäksi vastanneet hoitajat mainitsivat käyttävänsä jonkinlaista kivun mittaamisen menetelmää; VAS- tai NRS-mittaria, ja osa ei tarkemmin ollut määritellyt, millaista kipumittaria käyttää. Neljä vastaajaa totesi myös potilaan luona olevien omaisten olevan tärkeä tietolähde potilaan kivun arvioinnissa. Potilaan ruumiinkieli ja kokonaisvaltainen tarkkailu korostuivat jokaisen hoitajan vastauksessa. Tulosten mukaan vuodeosaston sairaanhoitaja arvioi saattohoitovaiheessa olevan syöpäpotilaan kipua siis erilaisin mittarein, potilaalta tai omaisilta kysymällä sekä potilasta tarkkailemalla.

9.2 Kivunhoito

Toinen avoimista kysymyksistä oli ”Kuvaile, millä keinoin hoidat saattohoitovaiheessa olevan syöpäpotilaan kipua.” Kysymyksessä ei johdateltu vastaajaa jaottelemaan kivunhoitoa esimerkiksi fyysisen ja psyykkisen kivun hoitoon tai lääkehoitoon ja lääkkeelliseen hoitoon, vaan pyrittiin saamaan kattavia vastauksia, joissa sairaanhoitajat omin sanoin kertovat käyttämistään kivunhoitomenetelmistä. Kaikissa vastauksissa oli kuitenkin tuotu esille kivun lääkehoitoa ja lääkkeetöntä hoitoa.

Taulukko 3. Tulokset: Kivunhoito

Millä keinoin terveyskeskuksen vuodeosaston sairaanhoitaja hoi- taa saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kipua?	
Lääkehoito	Lääkkeetön hoito
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Peruskipulääkitys / pitkävaikutteiset kipulääkkeet (n=7) ➤ PCA eli kipupumppu (n=7) ➤ Tarvittaessa annettava lisäkipulääkitys / lyhytvaikutteiset kipulääkkeet (n=5) ➤ Kipulääkityksen riittävyyden arviointi (n=4) ➤ Lääkehoito (ei määritelty) (n=3) ➤ Happilisa (n=3) ➤ Ahdistuneisuuden lääkehoito (n=1) ➤ Pahoinvoinnin lääkehoito (n=1) ➤ Nestehoito (n=1) ➤ Kipupumpun neulan paikan vaihto säännöllisesti, jotta lääkeaine imeytyy hyvin (n=1) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Asentohoito (n=11) ➤ Kylmä- ja lämpöhoito (n=5) ➤ Keskustelu (n=4) ➤ Decubitus-patja (n=3) ➤ Musiikki, TV tai radio (n=3) ➤ Suunhoito (n=3) ➤ Vatsantoiminnasta huolehtiminen (n=2) ➤ Kerran mainittuja: mieliruoat ja -juomat, huoneen sopivasta lämpötilasta huolehtiminen ja peitteiden sopiva määrä, vaatteiden ja liinavaatteiden mukavuus, jääpalojen imeskely, virtsantulosta huolehtiminen, tuuletin, turvallinen ympäristö, omaiset hoidossa mukana, kosketus, rauhallinen hoitotilanne, ajan antaminen, silmien kostutus, ihon rasvaus

Taulukosta 3 ilmenee, että kivun lääkehoito mainittiin useimpien sairaanhoitajien vastauksissa. Kaikki eivät kuitenkaan eritelleet lääkehoitoa esimerkiksi pitkä- ja lyhytvaikutteisiin kipulääkkeisiin, peruskipulääkitykseen ja tarvittaessa annettaviin kipulääkkeisiin tai antoreitin mukaan. Kukaan vastaajista ei maininnut adjuvantteja eli tukilääkkeitä, mutta kahden sairaanhoitajan vastauksissa tuli ilmi ahdistuneisuuden sekä pahoinvoinnin lääkehoito. Myöskään kolme ”lääkehoidon” vastanneista ei määritellyt tarkemmin, tarkoittavatko he kipulääkkeitä vai myös adjuvantteja kipulääkityksen tukena vai jotain muuta. Monet vastaajista mainitsivat kipupumpun yhtenä kipulääkityksen antoreittinä, ja yksi vastaajista korosti myös kipupumpun neulan paikan säännöllisen vaihdon tärkeyttä lääkeaineen imeytymisen kannalta. Kipulääkityksen riittävyyden arviointi tuli esille sekä kivun arvioinnissa että kivunhoidossa (ks. taulukko 2 ja 3).

Kaikki sairaanhoitajat mainitsivat asentohoidon kivunhoitomuotona (ks. taulukko 3). Monet yksittäiset vastaajat mainitsivat myös perushoitoon liittyviä asioita sekä erilaisia keinoja saada potilaan huomio pois kivusta, esimerkiksi musiikin, tv:n tai radion hyödyntäminen. Asentohoidon lisäksi käytetyimpiä lääkkeettömiä kivunhoitomenetelmiä vastausten mukaan ovat kylmä- ja lämpöhoito sekä keskustelu.

10 Pohdinta

10.1 Opinnäytetyöprosessi

Tämän opinnäytetyön aihe muotoutui vähitellen saattohoidon ympäriltä, eri vaiheiden kautta lopulta kiteytyen nykyiseen muotoonsa. Aihetta muokattiin ja rajattiin yhteistyössä osastonhoitajan kanssa yhteisiin tavoitteisiin sopivak-

si. Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2014. Syksyn aikana aineistonkeruumenetelmää vielä muutettiin haastattelusta kyselylomakkeeseen tutkijoiden resurssillisista syistä. Teoriaosuus saatiin valmiiksi lokakuuhun mennessä, ja tämän teorian pohjalta muokattiin myös tutkimuslupahakemus, jolla haettiin lupa tutkimuksen toteutukselle kaupungilta. Luvan saannin jälkeen luotiin sähköinen linkki kyselylomakkeeseen (ks. liite 2) ja saatekirje (ks. liite 1) lähetettiin osastonhoitajalle, joka välitti ne sähköpostilla osaston sairaanhoitajille. Lomaketta pidettiin auki ensin viikon ajan, mutta koska tarpeeksi vastauksia ei saatu, lähetettiin muistutusviesti ja jatkettiin kyselyn aukioloa toisella viikolla. Toisen viikon jälkeen vastauksia oli tullut vain yksi lisää, mikä ei vielä riittänyt siihen, että analysointiprosessia olisi ollut mielekästä aloittaa. Vielä kerran välitettiin sairaanhoitajille muistutusviesti ja jätettiin kyselylomake kolmanneksi viikoksi auki. Tämä tuotti tulosta, sillä lopulta vastauksia saatiin 11 hoitajalta. Suurin osa vastauksista tuli viimeisen viikon aikana. Vastausten saannin jälkeen alkoi niiden analysointi-, sekä koko työn pohdintaprosessi, joka päättyi opinnäytetyön palautukseen tammikuussa.

Opinnäytetyöprosessin suurin haaste oli vastausten saannin hankaluus ensi alkuun. Syitä ensimmäisten kahden viikon vähäiseen vastausintoon voi olla monia. Osastolla ei käyty etukäteen mainostamassa kyselyä sairaanhoitajien keskuudessa, mikä olisi jälkeenpäin ajateltuna voinut olla järkevää: se olisi antanut tekijöille kasvot, mikä olisi voinut motivoida hoitajia. Lisäksi he olisivat tällöin jo osanneet valmistautua siihen, että sähköpostiin on tulossa kysely, ja ehkä he olisivat odottaneet sitä.

Hoitajat saivat kyselyn työsähköpostiin, joten kyselyyn vastaaminen tapahtui työaikana. Hektisessä työssä osastolla voi olla vaikea löytää rauhallista aikaa sekä tilaa, jotta pystyisi keskittymään kyselyyn vastaamiseen kunnolla. Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeen avoimet kysymykset olivat lisäksi sellaisia, että niihin vastaaminen todella vaati jonkin verran ajattelua ja keskit-

tymistä. Toisaalta taas vastaamiseen annettiin ensin viikko ja sitten toinenkin aikaa, ja esimerkiksi yövuorossa rauhallisempaa vastausaikaa löytynee. Tällöin taas vireystila ei vastaamisen kannalta kuitenkaan välttämättä ole parhaimmillaan. Vuosiloma-aikoina kysely ei välttämättä tavoittaisi kaikkia hoitajia, mutta tämän kyselyn ajankohta oli sellainen, että syyslomat todennäköisesti olivat takanapäin ja jouluvapaat vasta edessä, jolloin tavoitettavuuden oletettiin olevan hyvä. Toisaalta voi olla, ettei kyselyä yksinkertaisesti koettu itselle niin tärkeäksi ja kiinnostavaksi, että siihen olisi haluttu käyttää työaikaa. On vaikea keksiä selitystä, miksi juuri toisen muistutusviestin jälkeen kolmannella viikolla kysely tavoitti ison osan hoitajia vastaamaan. Muistutusviestit lähetettiin osastonhoitajan kautta; oliko mahdollisesti hän kannustanut hoitajia vastaamaan?

10.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusta tehdessä on noudatettava hyvää tieteellistä käytäntöä. Sen mukaisia toimintatapoja ovat esimerkiksi rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus tutkimusta tehdessä, sen tulosten tallentamisessa sekä esittämisessä. Tuloksia ei pidä kaunistella tai esittää harhaanjohtavasti ja niiden yleistämistä on myös harkittava tarkkaan. Tutkimuksen tulosten arviointi on myös tehtävä huolella. (Hirsjärvi ym. 2009, 24–26). Tämän tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä lisää kaupungilta haettu tutkimuslupa sekä toimeksiantajan kanssa tehty kirjallinen yhteistyösopimus. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös yksityiskohtainen selostus tutkimuksen vaiheista ja esimerkiksi tutkimuksen lähtökohdista, kohdejoukosta, aineiston keruusta ja analysointimenetelmistä (Hirsjärvi ym. 2009, 232).

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa käytetään käsitteitä reliabiliteetti ja validiteetti. Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Jos esimerkiksi kaksi eri tutkimusta saa samat tulokset, voidaan tutkimuksia pitää

luotettavina. Samantyyppisiä opinnäytetöitä on tehty aiemminkin, ja niistä saadut tulokset ovat samankaltaisia kuin tässä opinnäytetyössä, joten siltä osin tätä tutkimusta voidaan pitää reliaabelina. Validiteetti tarkoittaa pätevyyttä. Validi tutkimus on mitannut juuri sitä, mitä sen on ollut tarkoituskin. (Hirsjärvi 2009, 231–232).

Kohdejoukolle lähetettyjen kysymyksien on oltava yksiselitteisiä ja niiden on vastattava aiemmin asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Kysymykset eivät saa olla vastaajaa johdattelevia. (Hirsjärvi ym. 2009, 203). Tämän tutkimuksen kyselyyn saadut vastaukset olivat tutkimuskysymyksiä selvittäviä, jolloin kyselylomakkeen kysymykset olivat päteviä. Tutkimuksen vastausprosentti oli 73 prosenttia. Yksitoista sairaanhoitajaa viidestätoista vastasi kyselyyn. Otos on kuitenkin niin pieni, ettei tämän tutkimuksen perusteella voida tehdä yleistyksiä.

Osa vastauksista on kattavia ja perusteltuja, osa vastauksista varsin tiivistettyjä ja lyhytselitteisiä. Sen vuoksi joidenkin vastausten tulkinta oli haasteellista; esimerkiksi lääkehoito-vastaukset (ks. taulukko 3); tarkoittiko vastaaja kipulääkkeitä ja tukilääkkeitä vai jotain muuta. Kivun arviointi-tilaukossa (ks. taulukko 2) oli esimerkiksi valveillaolo-vastaus, josta ei voinut varmuudella tietää, mitä vastaaja on tarkoittanut. Yksi kyselytutkimuksen ongelmista onkin vastausten pinnallisuus, mikä vähentää tutkimuksen luotettavuutta. Vastausten luotettavuutta arvioitaessa ei ole mahdollista tietää sitä, kuinka vakavasti ja rehellisesti vastaajat ovat vastanneet tai ovatko he ymmärtäneet kysymykset samalla tavalla kuin kysymysten laatija on ne tarkoittanut. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) On myös otettava huomioon, että vastaajilla on erilainen tapa kirjoittaa ja ilmaista asioita eri tilanteissa, eli kielenkäyttö on tilannesidonnaista. Vastaajat voivat myös arkoja aiheita tutkittaessa vastata sosiaalisesti hyväksyttävällä tavalla, eivätkä näin ollen kerro todellista tilannetta.

Vastaukset voivat kuitenkin olla täysin rehellisiä, koska ne ovat jokaisen vastaajan subjektiivisia kokemuksia. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006b.)

Tutkimukseen vastaaminen oli vapaaehtoista, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä (Saaranen-Kauppinen 2006c). Ensimmäisellä viikolla verkkokyselyyn vastasi vain muutama hoitaja, mutta lopulta vastaajia kertyi lisättyjen vastausviikkojen myötä yksitoista. Yksi kyselytutkimuksen ongelmista on vastaamattomuus, mikä tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan lopulta noussut ongelmaksi. Vastaajien anonyyminä pysyminen mahdollistettiin verkkokyselyn julkisella linkillä, jolloin vastaajien tunnistaminen on mahdollonta. Lopuksi vastaukset hävitettiin.

Tutkimuksen aineiston analyysimenetelmänä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysiin liitettyjä heikkouksia ovat muun muassa tutkijan subjektiivisuus vastauksia analysoitaessa. Tutkijan voi olla hankala tarkastella tuloksia objektiivisesti ja muodostaa kategoriat niin, että tutkimus on validi. On tärkeää, että aineiston ja kategorioiden yhteys voidaan luotettavasti osoittamaan. (Kynäs & Vanhanen 1999, 10–11). Tämän tutkimuksen tulosten analysointivaiheessa molemmat tutkijat erikseen lähtivät analysoimaan aineistoa keräillen huomioita ajatuskartaksi, pohtien sitten yhdessä analyysiensa tuloksia ja yhdistellen niitä. Analysointi kahden eri ihmisen tekemänä lisää analyysin luotettavuutta. Toisaalta analysoinnin luotettavuutta olisi voinut lisätä se, jos tulokset olisi ilmoitettu kategorioittain tyypitellen ensin alakategoriaan, sitten yläkategoriaan ja tämän jälkeen luotu näille kaikille yhdistävä kategoria. Tämän työn tulosten esittämisessä koettiin kuitenkin selkeämmäksi edellä nähty taulukkomalli.

10.3 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua ja johtopäätöksiä

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoitoa terveyskeskuksen vuodeosastolla. Tässä työssä pyrittiin saamaan kokonaisvaltainen kuva sairaanhoitajan toteuttamasta kivunhoidosta ja kivun arvioinnista. Tuloksista selviää, että sairaanhoitajat käyttävät kivun arvioinnissa erilaisia menetelmiä; potilaan kokonaisvaltaista tarkkailua, kysymistä potilaalta tai omaisilta kivusta ja esimerkiksi tarkkailemalla kipulääkkeen vaikutusta. Monet käyttävät paljon myös kivun voimakkuuden arviointiin tarkoitettuja kipumittareita, mutta kivun laadun arviointi jäi tulosten mukaan vähemmälle. Toisaalta niissä vastauksissa, joissa hoitajat kertoivat ”kysyvänsä potilaalta kivusta”, saatetaan tarkoittaa juuri kivun paikasta ja laadusta kysymistä.

Kaikki vastaajat käsittelivät kivun arviointia ja hoitoa kokonaisuutena, eivätkä olleet jakaneet niitä esimerkiksi fyysiseen ja psyykkiseen kivun arviointiin ja hoitoon. Lääkkeellistä kivunhoitoa käsittelevät vastaukset olivat yhtä vastauslukuun ottamatta fyysisen kivun lääkehoitoa; yksi sairaanhoitaja oli kivunhoito-kysymykseen vastatessaan maininnut ahdistuksen lääkehoidon. Lääkkeettömiä hoitokeinoja on hankala jaotella fyysisen ja psyykkisen kivun hoitoon, koska monia lääkkeettömiä hoitokeinoja voidaan käyttää molempiin. Muutama sairaanhoitaja oli vastannut turvallisen ja rauhallisen hoitotilanteen, omaisten läsnäolon, ajan antamisen ja keskustelun helpottavan potilaan kipua. Nämä ovat keinoja, joilla voidaan hoitaa sekä fyysistä että psyykkistä kipua.

Kolme sairaanhoitajaa oli maininnut levottomuuden, tuskaisuuden ja sekavuuden huomioimisen osana potilaan kokonaisvaltaista tarkkailua. Nämä asiat voivat kertoa psyykkisestä ja fyysisestä kivusta. Monet vastaukset kivun arviointiin liittyen olivat kuitenkin vain fyysisen kivun arviointikeinoja, eikä kivun lääkehoidossakaan ollut juuri psyykkisen kivun hoitoa. Kipu terminä

arkikielessä viitanee enemmän fyysiseen kuin psyykkiseen kipuun. Ahdistuneisuutta, tuskaisuutta tai masentuneisuutta ei välttämättä ajatella kipuna. Johtuuko sitten siitä, että fyysisen kivun arviointiin ja hoitoon oli tämän tutkimuksen vastauksissa keskitytty enemmän verrattuna psyykkisen kivun arviointiin ja hoitoon.

Kaikki sairaanhoitajat olivat maininneet potilaan kasvon ilmeiden, eleiden ja ääntelyn tarkkailun kivun arvioinnin keinona. Siitä voidaan päätellä, että sairaanhoitajat tarkastelevat potilasta kokonaisvaltaisesti huomioimalla pienetkin käyttäytymisen muutokset ja nonverbaalisen viestinnän. Tuloksista voidaan myös päätellä, että sairaanhoitajat käyttävät kivun arviointiin sekä potilaan tarkkailua että potilaalta kysymistä. Sairanhoitajat saattavat myös kysyä omaisilta arviota potilaan kivusta ja yksi vastaajista oli myös maininnut omaisten läsnäolon olevan tärkeä osa hoitoa. Omaisten huomioiminen kivun arvioinnissa ja hoidossa kertoo siitä, että sairaanhoitajat kokevat omaisten kokemuksen potilaan tilasta olevan arvokasta ja tärkeää. Lisäksi käytössä on erilaisia kipumittareita ja niitä hyödynnetään, jos potilas on asiallinen ja pystyy vastaamaan. Vastauksissa ei oltu eritelty varsinaisen psyykkisen kivun arvioinnin keinoja. Toisaalta taas psyykkisen kivun arviointi huonokuntoisen saattohoitopotilaan kohdalla voi olla hankalaa, ja osin psyykkinen kipu varmasti ilmenee samoin oirein kuin fyysinenkin, kuten tuskaisuutena ja ahdistuneisuutena.

Kaikki kyselyyn vastanneet sairaanhoitajat mainitsivat asentohoidon kivunhoidon menetelmänä, mikä kertoo siitä, että se koetaan toimivaksi ja käyttökelpoiseksi. Asentohoito on myös varmasti yksi helpoimmin toteutettavista menetelmistä. Tuloksista ilmeni, että sairaanhoitajat käyttävät myös keinoja, joilla potilaan huomion saa suunnattua kivusta pois. Vastaajat mainitsivat käyttävänsä esimerkiksi musiikkia, televisiota ja radiota sekä keskustelua ohjaamaan potilaan huomion kivusta pois.

Tutkimuksen kyselylomakkeessa oli kaksi avointa kysymystä, joilla pyrittiin saamaan mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva sairaanhoitajien toteuttamasta kivun arvioinnista ja hoidosta. Osa saaduista vastauksista oli melko suppeita, mikä herätti tutkijoissa kysymyksen, olisivatko lisäkysymykset tuottaneet yksityiskohtaisempia vastauksia. Toisaalta se olisi voinut olla vastaajan johdattelua, mikä vähentää tutkimuksen luotettavuutta. Olisivatko vastaukset olleet laajempia, jos kysymyksen perässä olisi ollut ”Perustele vastauksesi”? Se ei olisi ollut silloin vastaajaa johdattelevaa.

Aiemmin muun muassa Rupponen (2013) sekä Huttunen ja Voutilainen (2010) ovat tutkineet kivunhoitoa terveyskeskusten vuodeosastoilla hoitajien näkökulmasta. Rupposen työ käsittelee kipupotilasta yleensä ja Huttusen ja Voutilaisen saattohoitopotilasta, mutta tuloksista voidaan päätellä kivun arvioinnin ja kivunhoidon käytänteiden olevan varsin yhteneviä niin keskenään kuin tämänkin työn tulosten kanssa. Molemmissa tutkimuksissa hoitajat kertoivat arvioivansa potilaan kipua kysymällä tai sanallisesti, VAS-mittarilla, kipujannalla tai kipukiilalla sekä potilasta ja tämän oireita tarkkailemalla. Tämän opinnäytetyön tulokset kivun arvioinnista myötäilevät siis näitä aiempia tutkimuksia.

Näiden kahden aiemman tutkimuksen tulokset siitä, kuinka hoitajat potilaan kipua hoitavat, ovat myös melko samankaltaisia tämän opinnäytetyön tulosten kanssa etenkin lääkkeettömän hoidon kannalta. Molemmissa tutkimuksissa hoitajat kertoivat käyttävänsä lääkkeettöminä kivunhoidon menetelminä asentohoitoa, kuuntelua, keskustelua sekä potilaan toiveiden toteuttamista esimerkiksi mieliruokien muodossa, mitkä tulivat ilmi myös tämän tutkimuksen tuloksissa. Lisäksi Rupposen tutkimuksessa hoitajat mainitsivat potilaan yksityisyyden ja ympäristön merkityksen. Ympäristöä sivuttiin tämänkin opinnäytetyön tutkimuksen vastauksissa muun muassa huoneilman lämpöti-

lan sekä peitteiden määrän kohdalla. Turvallinen hoitoympäristö mainittiin myös.

Huttusen ja Voutilaisen tutkimuksen tuloksissa taasen lääkkeettömiä kivunhoidon menetelmiä potilaan psyykkinen kipu huomioon ottaen olivat potilaan hengellisyyden huomiointi, psykiatrinen konsultaatio, sekä läheisyys ja omaisten tuki. Kivunhoitona käytettiin myös TV:n katselua sekä radion ja musiikin kuuntelua. Hengellisyyttä tai psyykkisen kivun hoitoa moniammatillisen konsultaation avulla ei tämän tutkimuksen tuloksissa ilmennyt, mutta esimerkiksi musiikin käyttö kivunhoidossa mainittiin useasti.

Opinnäytetöiden julkaisupalvelu Theseuksesta löytyy paljon tutkimuksia saattohoidossa tapahtuvasta kivunhoidosta, mikä kertoo ainakin uusien hoitajankujien kiinnostuksesta aiheita kohtaan, ja myös siitä, että aihe koettaneen kiinnostavana. Lähes poikkeuksetta kaikissa tällaisissa vertailtavissa tutkimuksissa, joihin tämän työn tulosten analysoinnin yhteydessä tutustuttiin, ilmeni sekä kivun arvioinnin että hoidon kannalta samantyyllisiä asioita. Kivun arvioinnissa korostuivat kysyminen, erilaiset kipumittarit sekä potilaan tarkkailu. Kivunhoidossa lääkkeellisten menetelmien lisäksi asentohoito ja monet erilaiset henkisen tuen muodot mainittiin kaikissa. Paljon käytettyä oli myös kylmä- tai lämpöhoito sekä hygieniasta ja perushoidosta huolehtiminen. Täten voitaneen vetää johtopäätös, että eri puolilla Suomea ja erityyppisissä paikoissa hoitajat käyttävät pitkälti samoja menetelmiä saattohoidossa olevan kipupotilaan kivun arvioinnissa sekä hoidossa.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kivunhoitoa osastolla. Tuloksista ilmeni, että kivunhoitoon käytetään sekä lääkehoitoa että lääkkeetöntä hoitoa. Tulosten mukaan terveystieteiden vuodeosaston sairaanhoitaja arvioi saattohoitovaiheessa olevan syöpäpotilaan kipua erilaisin kipumittarein, potilaalta tai omaisilta kysymällä sekä potilasta tarkkailemalla. Saattohoitovaiheessa

olevan syöpäpotilaan kipua vuodeosaston sairaanhoitaja hoitaa lääkärin määrämällä pitkävaikutteisilla ja tarvittaessa annettavilla lyhytvaikutteisilla kipulääkkeillä. Lääkkeettömistä kivunhoidon menetelmistä eniten käytetty on asentohoito. Tämän tutkimuksen perusteella ei kuitenkaan vielä voida tehdä johtopäätöksiä siitä, onko kivunhoito terveystieteiden vuodeosastolla riittävää. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää kivunhoitoa osastolla. Tulokset ja johtopäätökset, jotka tässä opinnäytetyössä saatiin, herättävät toivottavasti keskustelua kohderyhmän keskuudessa. He voivat tulosten pohjalta pohtia, mikä toimii nyt jo hyvin ja mitkä asiat tarvitsevat kehittämistä.

10.4 Jatkotutkimusaiheet

Jatkossa saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoitoa voisi tutkia myös potilaan näkökulmasta. Tällainen tutkimus vaatisi hieman enemmän resursseja sekä eettistä pohdintaa. Saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoitoa voisi tutkia myös muissa perusterveydenhuollon yksiköissä, kuten pitkäaikaishoidossa, sekä erikoissairaanhoidon yksiköissä. Saattohoitovaiheessa olevan syöpäpotilaan lääkkeettömän kivunhoito sekä tällaisen potilaan kivunhoidossa käytettävät adjuvantit kipulääkityksen tukena voisivat olla myös mielenkiintoisia tutkimusaiheita.

Lähteet

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2012. Kliininen hoitotyö: Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro, 131.

Cancer Pain Relief. 1996. World Health Organization. Second edition. Viitattu 8.10.2014. <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>, 3, 14-16, 32.

Chochinov, H. M., Wilson, K. G., Enns, M. & Lander, S. 1997. "Are you depressed?" Screening for depression in the terminally ill. *The American Journal of Psychiatry* 5.5.1997. Viitattu 9.10.2014.

Classification of Chronic Pain. 2011. International Association for the Study of Pain. Part III, Pain Terms. Viitattu 9.10.2014. http://www.iasp-pain.org/files/Content/ContentFolders/Publications2/ClassificationofChronicPain/Part_III-PainTerms.pdf

Erjanti, H., Anttonen, M-S., Grönlund, A. & Kiuru, S. 2014. Palliatiivisen- ja saattohoitotyön nykytila, tulevaisuus ja kehittämishaasteet, 5, 48.

ETENE - Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2003. Saattohoito - Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan muistio. Työryhmäraportti. Viitattu 9.9.2014. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17165&name=DLFE-540.pdf, 5,11.

ETENE - Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2012. Saattohoito Suomessa vuosina 2001, 2009 ja 2012 - Suunnitelmat ja toteutus. ETENE-julkaisu 36. Viitattu 21.10.2014. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5607.pdf, 4.

Falkensteiner, M., Mantovan, F., Müller, I. & Them, C. 2011. The Use of Massage Therapy for Reducing Pain, Anxiety and Depression in Oncological Palliative Care Patients: A Narrative Review of the Literature. *International Scholarly Research Network. ISRN Nursing*. Volume 2011, Article ID 929868. Viitattu 15.10.2014. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3168862/pdf/NURSING2011-929868.pdf>

- Friman, P. 2013. Porrastettu kivunhoitomalli. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 2.9.2014. <http://www.jamk.fi/fi/Palvelut/kirjasto/Etusivu/>, Nelli-portaali, Terveysportti, Sairaanhoidajan käsikirja.
- Haanpää, M. & Salminen, J. J. 2009. Kipu. Teoksessa Fysiatia. Toim. Arokoski J., Alaranta H., Pohjolainen T., Salminen J., Viikari-Juntura E. Duodecim. Viitattu 25.6.2014. http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=inf04501&p_selaus=15738.
- Heikkinen, H., Kannel, V. & Latvala, E. 2004. Saattohoito. Haaste moniammatilliselle yhteistyölle. Porvoo: WSOY, 69–70.
- Hinkka, H. 2004. Saattohoito terveyskeskuksessa. Teoksessa Palliativinen hoito. 2. uudistettu painos. Toim. Vainio, A & Hietanen, P. Saarijärvi, Duodecim, 323–325.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi, 160, 188, 190, 193.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Tammi, 24–26, 195, 203, 231–232.
- Hoikka, A. 2013a. Lääkkeetön kivunhoito. Teoksessa Anestesiahoitotyön käsikirja. Toim. Ilola, T. Duodecim. Viitattu 15.9.2014. <http://www.jamk.fi/fi/Palvelut/kirjasto/Etusivu/>, Nelli-portaali, Terveysportti, Anestesiahoitotyön käsikirja.
- Hoikka, A. 2013b. Kivun arviointi. Teoksessa Anestesiahoitotyön käsikirja. Toim. Ilola, T. Duodecim. Viitattu 7.10.2014. <http://www.jamk.fi/fi/Palvelut/kirjasto/Etusivu/>, Nelli-portaali, Terveysportti, Anestesiahoitotyön käsikirja.
- Huttunen, H. & Voutilainen, H. 2010. Kivunhoito saattohoidossa Savonlinnan terveyskeskuksen vuodeosastoilla 2 ja 3. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.1.2015. <https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/15465/OPPARI%20OIKEA2.pdf?sequence=1>.
- Hänninen, J. 2008. Saattohoitopotilaan kärsimys. Suomen Lääkärilehti 2008;63(33):2606-2610. Duodecim. Viitattu 6.10.2014. <http://www.jamk.fi/fi/Palvelut/kirjasto/Etusivu/>, Nelli-portaali, Terveysportti.

Hänninen, J. 2003. Saattopotilaan oireiden hoito. Jyväskylä: Duodecim, 78, 82–83, 85, 206–210, 213–214.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. 1.-5. painos. Hämeenlinna: Tammi, 471, 473, 475, 527, 541.

Kalso, E., Elomaa, M., Estlander, A-M. & Granstöm, V. 2009. Akuutti ja krooninen kipu. Teoksessa Kipu. Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Vainio, A. Keuruu: Duodecim, 106.

Kalso, E. 2013. Syöpäpotilaan kipu. Teoksessa Syöpätaudit. Toim. Joensuu H., Roberts P. J., Kellokumpu-Lehtinen P-L., Jyrkkiö S., Kouri M. & Lyly T. Duodecim. Viitattu 8.5.2014. <http://www.jamk.fi/fi/Palvelut/kirjasto/Etusivu/>, Nelli-portaali, Terveysportti, Syöpätaudit.

Karvinen, I. 2012. Potilaan henkinen ja hengellinen tukeminen hoitotyössä. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 24.9.2014. <http://www.jamk.fi/fi/Palvelut/kirjasto/Etusivu/>, Nelli-portaali, Terveysportti, Sairaanhoitajan käsikirja.

Keckman-Koivuniemi, H. 2010. Aineistotyyppit. KvantimOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 22.10.2014. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus>.

Kunnamo, I., Varonen, H., Nyberg, P., Alenius, H., Ellonen, M., Helin-Salmivaara, A., Hiltunen, L., Jousimaa, J., Kaila, M., Mattila-Lindy, S., Paakkari, P. & Pennanen, P. 2004. Saattohoito - eettisiä näkökohtia. Lääkärin käsikirja. Duodecim. Viitattu 20.9.2014. <https://www.jamk.fi/fi/Palvelut/kirjasto/Etusivu/>, Nelli-portaali, Terveysportti, Lääkärin käsikirja.

Kuolevan potilaan oireiden hoito. 2012. Käypä hoito -suositus. Julk. 28.11.2012. Duodecim. Viitattu 7.5.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50063>.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede-lehti, vol. 11. No 1/-99. 5, 7, 10–11.

Lääkätieteen termit. N.d. Ahdistus, Masennus. Terminologian tietokannat. Duodecim. Viitattu 16.10.2014. <http://www.jamk.fi/fi/Palvelut/kirjasto/Etusivu/>, Nelli-portaali, Terveysportti, Lääkätieteen termit.

L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös valtion säädöstietopankki Finlexin sivuilla. Viitattu 20.9.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lindström, R. 2012. Saattohoito. Sairaanhoitajan käsikirja. Duodecim. Viitattu 20.9.2014. <https://www.jamk.fi/fi/Palvelut/kirjasto/Etusivu/>, Nelli-portaali, Terveysportti, Sairaanhoitajan käsikirja.

Lyly, T. 2005. Syöpätaudit. Duodecim. Teoksessa Suomalaisten terveys. Viitattu 8.5.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=suo00030

Malvezzi, M., Bertuccio, P., Levi, F., La Vecchia, C. & Negri, E. 2014. European cancer mortality predictions for the year 2014. *Annals of Oncology*. Volume 00, No. 9/2014. Viitattu 30.9.2014.
<http://annonc.oxfordjournals.org/content/early/2014/04/22/annonc.mdu138.full.pdf+html>.

Nieminen, P. & Pöyhä, R. 2014. Kivunhoidon periaatteet syöpäpotilaalla. Teoksessa *Anestesiologia ja tehohoito*. Duodecim. Viitattu 6.10.2014.
<https://www.jamk.fi/fi/Palvelut/kirjasto/Etusivu/>, Nelli-portaali, Terveysportti, Oppiportti.

Paija, O. 2004. Koskeeko syöpäpotilaan kipu lääkäriä? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*. Numero 6/2004. Viitattu 24.9.2014.
http://duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=Article_WAR_DL6_Article_portlet&viewType=viewArticle&tunnus=duo94162&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=.

Pihlainen, A. 2010. Hyvä saattohoito Suomessa - Asiantuntijakuulemiseen perustuvat saattohoitosuosituksat. *Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja* 2010:6, 17, 30–31. Viitattu 30.9.2014.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLEF-E-12411.pdf

Pohjolainen, T. 2009. Fysioterapeuttiset menetelmät. Teoksessa *Kipu*. Toim. Kalso, E., Haanpää, M. & Vainio, A. Keuruu: Duodecim, 237–239.

Pöyhä, R. 2002. Lämpilyöntikivun hoito aikuisilla syöpäpotilailla. *Finnanest*. Vol 35, nro 1/2002, 27. Viitattu 2.9.2014.
http://www.finnanest.fi/files/a_poyhia.pdf.

Rupponen, A. 2013. Hoitajien kokemuksia syöpäpotilaan kivunhoidosta terveyskeskuksen vuodeosastolla. Opinnäytetyö. Hämeen ammattikorkeakoulu. Viitattu 6.1.2015.

https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/69131/Rupponen_Anni.pdf?sequence=1.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006a. Sisällönanalyysi. KvaliMOTV - menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 23.10.2014.

http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L7_3_2.html.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006b. Reliabiliteetti. KvaliMOTV - menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 31.12.2014.

http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L3_3_2.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006c. Hyvä tutkimuskäytäntö. KvaliMOTV - menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 1.1.2015.

http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L3_1_2.html

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006d. Laadullisen tutkimuksen elementit. Viitattu 4.1.2015.

http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L1_2_2.html.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006e. Tapaustutkimus. KvaliMOTV - menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 4.1.2015.

http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L5_5.html.

Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. 2006f. Toimintatutkimus. KvaliMOTV - menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Viitattu 4.1.2015.

http://www.fsd.uta.fi/metelmaopetus/kvali/L5_4.html.

Saattohoito. N.d. Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto. Viitattu 1.10.2014.

http://www.valvira.fi/ohjaus_ja_valvonta/terveydenhuolto/elaman_loppuvaiheen_hoito/saattohoito

Sailo, E. 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Kivunhoito. Toim. Sailo, E. & Vartti, A-E. Tampere: Tammi, 30–31, 34–35.

Sailo, E. 2000. Kivun kirjaaminen. Teoksessa Kivunhoito. Toim. Sailo, E. & Vartti, A-E. Tampere: Tammi, 97, 99, 102.

Sailo, K. 2000. Kuolevan potilaan kivun hoito. Teoksessa Kivunhoito. Toim. Sailo, E. & Vartti, A-E. Tampere: Tammi, 166.

Salanterä, S., Hagelberg, N., Kauppila, M., Närhi, M. 2006. Kivun hoitotyö. Helsinki: WSOY, 3, 7, 76–77, 83–85, 87–90, 183–184.

Solano, P. J., Gomes, B., Higginson, I. J. 2005. A Comparison of Symptom Prevalence in Far Advanced Cancer, AIDS, Heart Disease, Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Renal Disease. Journal of Pain and Symptom Management. Volume 31, Issue 1. Viitattu 15.10.2014.
[http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(05\)00561-0/fulltext#sec3](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(05)00561-0/fulltext#sec3).

Symptom Relief in Terminal Illness. 1998. World Health Organization. Viitattu 15.10.2014. http://whqlibdoc.who.int/publications/1998/9241545070_eng.pdf, 14–18, 48–49.

Vainio, A. 2004. Kivunhallinta. Jyväskylä: Duodecim, 17, 82.

Vainio, A. 2009. Voiko kipua mitata? Teoksessa Kivunhallinta. Duodecim. Viitattu 8.10.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=kha00025.

Vainio, A., Hietanen, P., Pitkälä, K. & Moilanen, K. 2004. Palliatiivisen hoidon asema lääketieteessä. Teoksessa Palliatiivinen hoito. 2. uudistettu painos. Toim. Vainio, A. & Hietanen, P. Saarijärvi: Duodecim, 18–19.

Vainio, A. & Kalso, E. 2009. Syöpätauteihin liittyvä kipu. Teoksessa Kipu. Toim. Kalso, E., Haanpää, M., Vainio, A. Keuruu: Duodecim, 478, 481, 490.

Vartiovaara, I. 2006. Nauramisen mahtavat muskelit. Teoksessa Voimaa eustressistä. Duodecim. Viitattu 29.9.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00019&p_teos=onn&p_selaus=.

Vartti, A-E. 2000. Kipu ja huumori - tragediasta komediaksi. Teoksessa Kivunhoito. Toim. Sailo, E. & Vartti A-E. Tampere: Duodecim, 86–87.

Webropol-kyselyohjelmisto. N.d. Elmo-opiskelijaintra. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 23.10.2014.
<https://intra.jamk.fi/opiskelijat/Sivut/Webropol-kyselyohjelmisto.aspx>

Liitteet

Liite 1. Saatekirje

Hyvä osaston sairaanhoitaja,

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Jyväskylän ammattikorkeakoulusta, ja tutkimme opinnäytetyössämme saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoitoa terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla. Nyt tarvitsisimmekin juuri Sinun apuasi: toivomme Sinun vastaavan sähköiseen kyselyymme, johon saat linkin sähköpostiin.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoitoa terveystieteiden keskuksen vuodeosastolla sairaanhoitajan näkökulmasta. Tavoitteena on kehittää saattohoidossa olevan syöpäpotilaan kivunhoitoa osastolla.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaaminen vie aikaa noin 15 minuuttia. Vastaaminen tapahtuu nimettömästi, eikä vastaajan henkilöllisyyttä ole mahdollista jäljittää. Aikaa vastaamiseen on 1.12. asti.

Toivomme Sinun vastaavan kysymyksiin ajatuksella sekä rehellisesti! Mikäli kysyttävää ilmenee, otathan meihin tai opinnäytetyön ohjaajiimme rohkeasti yhteyttä.

Yhteistyöterveisin

Kerttu Helle

Leila Höylä

Pirkko Ratinen
Lehtori, Senior Lecturer
Hyvinvointi, School of Health and
Social Studies

Leena Suonpää-Lehtonen
Lehtori, Senior Lecturer
Hyvinvointi, School of Health and
Social Studies

Liite 2. Kyselylomake

- 1. Kuvaile, mitä keinoja käytät saattohoitovaiheessa olevan syöpäpotilaan kivun arvioimisessa.**

- 2. Kuvaile, millä keinoin hoidat saattohoitovaiheessa olevan syöpäpotilaan kipua.**